

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña \_\_\_\_\_

Con DNI : \_\_\_\_\_ como padre/madre del alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ curso: \_\_\_\_\_

solicito y autorizo que se proceda a la administración del medicamento:

Fecha : Dosis/Hora de administración:

por parte del tutor/tutora o en su caso del profesor bajo cuyo cuidado se encuentre el alumno en ese momento.

Se adjunta además la correspondiente prescripción médica sobre la administración del medicamento y todos aquellos informes que sean necesarios para actuar correctamente en la administración del medicamento anteriormente citado.

Firmado Padre/Madre