

AUTORIZACIÓN DE LOS TUTORES LEGALES DEL ALUMNO/A PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO MÉDICO

D./D^a.....
con D.N.I. /N.I.E. / como Madre/Padre/Tutor del
niño/a..... de curso de

AUTORIZO A:

Al personal del C.E.I.P. Andrés Segovia de Leganés a administrar el medicamento.....
....., en horario

escolar, para lo cual aporto informe médico en el que se prescribe dicha medicación.

Eximiendo a la persona que administran el tratamiento de cualquier responsabilidad en
cuanto a la aplicación y a efectos adversos del mismo.

ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO:

- DOSIS PRESCRITA.....
- VÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO
(Oral...):.....
.....
.....

***La familia se compromete a dotar del medicamento oportuno al Centro, a su renovación en el caso de caducidad y a aportar informes médicos que justifiquen el cambio de modo de administración y/o el aumento o disminución de las dosis.**

OBSERVACIONES QUE SE QUIERAN REALIZAR:

.....
.....
.....
.....

En....., a de de 20.....

FIRMA TUTOR/A LEGAL

Fdo:.....