



AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del alumno/a: (Nombre y apellidos) _____		
Etapa: (Inf. o Pri.) _____	Nivel: (1º, 2º, 3º, etc.) _____	Grupo: (A o B) _____
Patología: (Nombre) _____		
Nombre del medicamento: (Nombre completo) _____		
Ruta de administración: (Oral, inyectable, etc.) _____		
Dosis: (Se ruega precisión) _____		
Hora a la que debe administrarse: (Se ruega precisión) _____		
Periodo de administración: (Desde) _____ (Hasta) _____		

Por medio de la presente, autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al Centro de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Padre: (Nombre y apellidos) _____
Documento Nacional de Identidad: (Número y letra) _____
Madre: (Nombre y apellidos) _____
Documento Nacional de Identidad: (Número y letra) _____

Y para que conste, se firma el presente documento en Olmedo, a ____ de _____ de 20____.

El padre

La madre

Fdo.: _____

Fdo.: _____