



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D _____ DNI _____

D^a _____ DNI _____

Teléfono de Contacto _____

Padre / Madre del ALUMNO _____

Que cursa actualmente _____ De Educación _____

Estamos interesados que el Centro administre a nuestra/o hija/o la medicación necesaria según condiciones adjuntas, entendiendo que el Centro actuará con una especial diligencia en su cuidado.

Asimismo, somos conscientes y responsables de que en alguna ocasión pueda surgir en el Centro cualquier circunstancia que impida administrarle dicha medicación y atender el alcance de las consecuencias por la falta de ingestión del medicamento necesario, por lo que exoneramos al Centro de cualquier responsabilidad al respecto

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	
DOSIS	
DÍAS Y HORA	
OBSERVACIONES	

EN A CORUÑA, A DE DE

FIRMADO