



Colegio Concertado Azorín

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS

D/D^a _____, mayor de edad, con D.N.I. _____,
con domicilio en _____, calle _____
madre/padre/tutor/a del alumno _____
que cursa estudios en el curso de _____ en el COLEGIO AZORÍN.

EXPONE,

PRIMERO.- Que mi hijo/a ha sido diagnosticado/a de _____.

Se adjunta informe médico.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior, su pediatra le ha prescrito la siguiente medicación:

TERCERO.- Que la medicación que le ha sido prescrita debe ser administrada entre otras tomas en horario escolar, siendo necesario el suministro por parte del personal del Centro.

CUARTO.- Que SOLICITA Y AUTORIZA a que se proceda a la administración de la medicación según se indica por parte del personal bajo cuyo cuidado se encuentre el/la menor, exonerando al centro educativo y a sus trabajadores de la responsabilidad que pueda originarse por la administración de la medicación.

QUINTO.- Que me comprometo a facilitar al centro la medicación señalada en el apartado segundo, y a renovarla en los supuestos de caducidad y/o terminación del medicamento.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____