**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS**

D/Dª……………………………………………………………………………………………………………….., mayor de edad,

titular del DNI………………………………………………..con domicilio en …………………………………………….

Calle………………………………………………………………………………………………………., madre/padre/tutor/a

del alumno/a ……………………………………………………………………………………………………………………………

del curso…………letra…….de la etapa educativa de………………………………………………………….

en el centro Nuestra Señora de la Merced en Avenida Alfonso XIII, 165 de Madrid

EXPONE,

PRIMERO.- Que mi hijo/a …………………………………………………………………………………………………………..

diagnosticado/a de…………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(*se adjunta informe médico*)

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

……………………………………………………………………………………… (se *adjunta la prescripción médica*).

TERCERO.- Que SOLICITA Y AUTORIZA a que se proceda a la administración de la medicación, según se indica, exonerando al centro educativo de la responsabilidad que pueda originarse por la administración de la medicación por parte de personal no sanitario.

CUARTO.- 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 Madrid a………………..de……………..de 20………

Fdo………………………………………………………………………………..