



Colegio Nuestra Señora de la Merced

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS

D/D^a _____, mayor de edad,
titular del DNI _____ con domicilio en _____
calle _____, madre/padre/tutor/a
del alumno/a _____,
que cursa estudios en el curso _____ letra _____ de la etapa educativa de _____
en el centro concertado Nuestra Señora de la Merced (Avenida Alfonso XIII, 165 de Madrid)

EXPONE,

PRIMERO.- Que mi hijo/a _____ ha sido
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 del 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 _____, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo. _____