



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
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.....