



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO

Nombre del alumno/a:

.....Curso.....

Nombre del medicamento	
Hora de administración (debe coincidir con horario de aula)	
Dosis	
Periodo de tiempo de administración	Desde el día..... hasta el día.....

El medicamento deberá estar etiquetado con el nombre del alumno/a, la dosis y la hora de administración.

Por este documento autorizo al personal del colegio Ntra Sra de la Merced a administrar a mi hijo/a el medicamento anteriormente indicado exonerando al centro educativo de cualquier responsabilidad que pueda originarse por la administración de medicación por parte de personal no sanitario.

Nombre del padre/madre/tutor

D.N.I:

FIRMA:

Madriddede

**Archivar este documento por si fuera necesario en algún momento*