



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D.Dª .....con D.N.I. o Pasaporte
..... y domicilio en calle .....
municipio..... como padre/madre/tutor/a legal del alumno/a
..... matriculado en el CEIP Adela Díaz de
Almería en el curso ..... de infantil/primaria.

Comunico al Centro que mi hijo/a, está diagnosticado de la siguiente patología:
....., por el
Dr./Dra. .... (informe adjunto), y que
según prescripción del mismo, en caso de necesidad se le debe de administrar la
siguiente medicación: ..... y
de la siguiente manera .....

Por lo que se AUTORIZA AL PERSONAL DEL CENTRO, que en caso de
necesidad, se le administre la medicación prescrita, eximiendo de toda responsabilidad a
dicho personal de las posibles lesiones que se puedan producir en su administración, así
como de los posibles efectos secundarios.

Asimismo, solicito, en su caso, se me informe de su administración al teléfono
....., y si fuera preciso se dé aviso al Servicio de Urgencias y/o
Emergencias Sanitarias.

En Almería, a ..... de ..... de 2.0\_\_

Fdo.: .....

