



## DATOS DE INTERÉS SOBRE LA SALUD DEL ALUMNADO

Alumno/a:

D. D<sup>a</sup>.

con DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_, como padre madre tutor/a legal del alumno/a arriba indicado, informa a este centro que el referido alumno/a no padece ningún tipo de enfermedad, padecimiento físico, alergia, reacción a medicamento o cualquier otro dato de interés que deba ser tenido en cuenta por el centro para que dicho alumno/a desarrolle con normalidad la actividad escolar.

Y en el caso de que esta situación se modifique durante su escolarización en el centro, me comprometo a comunicarlo por escrito a la mayor brevedad posible.

Málaga, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal

Fdo.



## RELLENAR SOLAMENTE SI ES NECESARIO COMUNICAR DATOS DE INTERÉS

Para poder administrar medicamentos a los alumnos/as es necesario que el padre, madre o tutor legal aporte una receta o informe del médico donde conste el nombre del alumno/a, la pauta y el nombre del medicamento que tiene que tomar.

Igualmente, el padre, la madre o el tutor legal tiene que aportar un escrito donde se pida y se autorice al personal del centro educativo que administre al hijo/a la medicación prescrita, siempre que sea vital su administración en horario escolar lectivo.

El personal del centro podrá administrar un medicamento únicamente en los casos en que pudiesen hacerlo el padre, madre o el tutor legal, sin una formación especial.

D./Dña.

como padre madre tutor/a legal del alumno/a

pide y **autoriza al personal del colegio**

para administrarle la siguiente medicación

debido a

Nombre del medicamento

Hora a la que lo debe tomar

Situación en la que se le debe aplicar

Dosis

Duración del tratamiento

Con esta autorización asumo todas las responsabilidades derivadas de dicha actuación quedando exenta de la misma, la persona encargada y el Centro Educativo.

Málaga, a                      de                      de 20

Firma del padre/madre/tutor-a legal

Fdo.