



Junta de Andalucía

E.O.E. DOS HERMANAS

Delegación Provincial Educación y
Deporte. Sevilla

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

D./Doña _____ con D.N.I. _____

Domicilio en _____

Tlfn. _____ como padre/madre del alumno/a

escolarizado en el **C.E.I.P.RAFANEL ALBERTI**, comunica a la dirección del Centro, tutor/a y E.O.E. que su hijo/a puede presentar el siguiente cuadro médico

Precisando atención y auxilio en caso de presentarse dicha crisis, así como de la administración del medicamento _____,

Prescrito por el médico para tales ocasiones (Se adjunta informe médico).

Los padres **SOLICITAN** y a su vez **AUTORIZAN** al profesor/a; tutor/a o persona responsable del alumno/a en ese momento, a la administración del medicamento _____

En la dosis y pautas prescritas por el médico que realiza el seguimiento del niño/a (Atención Primaria y/o Atención Especializada), quedando el Centro y el profesorado exentos de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación.

Los padres dejarán un teléfono de contacto para ser informados de cualquier eventualidad quedando el centro autorizado al traslado del alumno/a a un centro sanitario si no se les localiza o la gravedad del cuadro lo requiera.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Fdo. _____

