

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICACIÓN / CUIDADOS DEL ALUMNADO EN HORARIO ESCOLAR

D. / Dña. _____ con DNI _____ Padre o madre
del alumno / a _____ que se encuentra matriculado
en el Centro _____ de la localidad de
_____ durante el Curso Escolar _____

E X P O N E

Que su hijo / a anteriormente citado ha sido diagnosticado de _____ habiéndosele re-
comendado por el servicio médico que le atiende la administración de la siguiente medicación / cuidados, que precisa se le adminis-
tre incluso durante el horario escolar

Medicamento / Cuidado	Dosis	Frecuencia

Por lo anterior SOLICITA:

Del centro anteriormente citado la administración de dicha medicación/cuidado especial durante el tiempo de permanencia de mi hi-
jo/a en el centro escolar. Así mismo

A U T O R I Z O

Al personal de dicho Centro educativo para que suministre la medicación mencionada a mi hijo- en horario escolar, relevándole de to-
da responsabilidad respecto a los efectos de su aplicación, ya que los mismos han sido recetados y prescritos por el médico corres-
pondiente y a cuyos efectos se acompaña informe médico de prescripción

En Torreblascopedro a _____ de _____ de _____

Tutor-a legal

Fdo. _____



AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE
MEDICACIÓN / CUIDADOS DEL ALUMNADO EN HORARIO ESCOLAR

D. / Dña. _____ con DNI _____ Padre o madre
del alumno / a _____ que se encuentra matriculado
en el Centro _____ de la localidad de
_____ durante el Curso Escolar _____

E X P O N E

Que su hijo / a anteriormente citado ha sido diagnosticado de _____ habiéndosele re-
comendado por el servicio médico que le atiende la auto-administración de la siguiente medicación / cuidados, que precisa se le ad-
ministre incluso durante el horario escolar

Medicamento / Cuidado	Dosis	Frecuencia

Por lo anterior

A U T O R I Z O

A mi hijo-a a **AUTOADMINISTRARSE la citada medicación** en horario escolar, relevando de toda responsabilidad tanto de administra-
ción como de uso indebido al personal del centro. Teniendo en cuenta que dichos medicamentos han sido recetados y prescritos por
el médico correspondiente y a cuyos efectos se acompaña con informe médico de prescripción.

En Torreblascopedro a _____ de _____ de _____

Tutor-a legal

Fdo. _____

