

**AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICACIÓN / CUIDADOS A ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR**

D. / Dña. _____ con DNI _____

Padre o madre del alumno / a _____

que se encuentra matriculado en el Centro IES Concha Méndez Cuesta de la localidad de
Torremolinos durante el Curso Escolar 20____/20____

E X P O N E

Que su hijo/a anteriormente citado ha sido diagnosticado de:

habiéndosele recomendado por el servicio médico que le atiende la administración de la
siguiente medicación* / cuidados, que precisa se le administre incluso durante el horario escolar.

** Dicha medicación deberá ser entregada al tutor/a al inicio del curso.*

Medicamento / Cuidado	Dosis	Frecuencia

Por lo anterior:

S O L I C I T A

Del Centro anteriormente citado la administración de dicha medicación / cuidado especial
durante el tiempo de permanencia de mi hijo /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/a,
exonerándole de toda responsabilidad respecto a los efectos de su aplicación, ya que los mismos
han sido recetados y prescritos por el médico correspondiente y a cuyos efectos se acompaña
informe médico de prescripción. (deberá ser entregado al tutor/a al inicio del curso)

En Torremolinos , a _____ de _____ de 20 ____

Fdo. _____

