

ANEXO I

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 _____

de la localidad de _____ durante el Curso Escolar _____

EXPONE

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

| 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 hijo /a en el Centro Escolar. Así mismo

AUTORIZO

Al personal de dicho Centro educativo para que suministre la medicación mencionada a mi hijo / a, relevándole 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____

DIRECTOR / A DEL CENTRO _____.

(*) ELIMNAR LO QUE NO PROCEDA