

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN AL ALUMNADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

D. Dña. _____, con D.N.I. _____
y domicilio en _____, Tlf: _____
como padre, madre o tutor/a del alumno/a _____
escolarizado en el C.E.I.P. Vicente Aleixandre, comunica a la dirección del centro, tutor y E.O.E.,
que dicho alumno/a presenta el siguiente cuadro médico _____

precisando atención y auxilio en caso de presentarse las consecuencias derivadas de dicho cuadro médico, así como de la administración del medicamento prescrito por el médico para tales ocasiones (adjuntar informe). Tras la información sobre las características, modo de aplicación, riesgos, etc., de la administración de este medicamento por parte de los representantes legales del alumno/a, éstos SOLICITAN y a su vez AUTORIZAN al profesorado responsable del alumno/a en ese momento, la administración del medicamento _____ en las dosis y pautas prescritas por el médico que realiza el seguimiento del niño/a, quedando el Centro y el profesorado **exento de toda responsabilidad** que pudiera derivarse de dicha actuación. Los representantes legales dejarán un teléfono de contacto para ser informados de cualquier eventualidad, quedando el centro autorizado para el traslado del alumno/a a un centro sanitario si no se les localiza a la mayor brevedad.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____