AUTORIZACIÓN PARA ADMISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
CUIDADOS MÉDICOS

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN: *Es necesaria la firma de los dos progenitores/tutores legales. (En caso de separación legal o divorcio, cuando la patria potestad es compartida, también deben cumplimentarla los dos progenitores/tutores legales, si no es posible por cualquier circunstancia, el firmante deberá comunicarlo en Dirección, donde se le proporcionará un impreso complementario.)*

D/Dª _____, con DNI _____,

y D/Dª _____, con DNI _____,

padre/s/madre/s/tutor/es/as legales del alumno/a:_____, del curso ____, autorizan a:

D/Dª _____, con DNI _____,

D/Dª _____, con DNI _____,

a administrar la siguiente medicación: _____

_____, por prescripción facultativa y/o en caso de extrema urgencia, por vía/s: _____, eximiendo a esta persona y al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la administración de medicación que se solicita.

Para ello, **aporto/aportamos:**

- Prescripción/**informe médico**.
- **Autorización firmada**.
- Medicación dentro de su **envase original** [IMPORTANTE: No se administrará medicación suelta o ya preparada en jeringa, en la que no figure el nombre del medicamento ni la fecha de caducidad y lote correspondiente. La dosis que se administrará será la indicada por el personal médico.]

Los/as abajo firmantes, hemos leído, comprendido y aceptado el tratamiento de los datos de personales contenidos en los impresos de matrícula de nuestro/a hijo/a.

Madrid, a ___de_____de 20 __

Fdo._____
Padre/madre/tutor/a legal

Fdo._____
Padre/madre/tutor/a legal