



**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS AL ALUMNADO**

Yo D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

madre/padre/representante legal del **alumno/a:** \_\_\_\_\_

que cursa estudios en el Centro en el curso \_\_\_\_\_

**EXPONGO** que me hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_

de lo cual **adjunto a la presente autorización el informe médico correspondiente.**

Por lo que precisa la siguiente **MEDICACIÓN** (datos que deben aparecer en el informe médico):

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>DOSIS A ADMINISTRAR</b>	<b>HORA (1ª o 2ª toma., etc.)</b>	<b>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>

Que como consecuencia de lo anterior **SOLICITO** y **AUTORIZO** a que, se proceda **a la administración de la medicación descrita** en el informe médico entregado, por parte de su tutor/a o, en su caso, del profesional bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos. Asimismo, por la presente **eximo al Centro y al docente encargado de suministrarle la medicación, de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a/tutelado/a.**

Leído lo anterior y conforme a lo anterior, firmo el presente documento con la fecha en la que se entrega.

Fecha y firma del padre/madre/tutor/a legal del alumno/a: