

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña.

con DNI núm.

y como padre/madre/tutor/a del niño/a,

alumno del COLEGIO OBRADOIRO durante el curso 2023-24, PIDO Y AUTORIZO que se le administre la medicación necesaria indicada por el médico/a mediante receta, de la que adjunto copia indicando nombre y posología, dado que parte de esta posología coincide en horario escolar, y no es preciso ser personal con formación sanitaria para administrarla.

Por ello ME HAGO RESPONSABLE como padre/madre/tutor/a del niño/a en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Nombre de la medicación

Hora a la que se debe administrar al alumno

Y para que conste, firmo la presente autorización.

Firma:

En A Coruña, a de de 20....

