

## AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en  
C/ \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor  
legal del alumno/a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
escolarizado en el curso de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Comunico al Centro que mi hijo/a, está diagnosticado de la siguiente patología:  
\_\_\_\_\_, por el Dr.  
/Dra. \_\_\_\_\_ (informe adjunto), y que según  
prescripción del mismo, en caso de necesidad se le debe de administrar la siguiente  
medicación: \_\_\_\_\_.

Por lo que solicita al personal del centro que, en caso de necesidad, se le administre  
la medicación prescrita, eximiendo de toda responsabilidad a dicho personal de las  
posibles lesiones que se puedan producir en su administración, así como de los posibles  
efectos secundarios.

Asimismo, solicito, en su caso, se me informe de su administración al teléfono  
\_\_\_\_\_, y si fuera preciso se de aviso al Servicio de Urgencias y/o Emergencias Sanitarias  
112.

En Roquetas de Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Fdo: \_\_\_\_\_

