

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN HORARIO LECTIVO-EXTRAESCOLAR**

D/D<sup>a</sup>.....

Con DNI.....

Padre/madre/tutor del alumno/a.....

Teléfono de contacto.....

**COMUNICA**

Que su hijo/a requiere que durante el horario lectivo o extraescolar se le administre el siguiente medicamento/s\* (sólo por vía oral):

.....

\* Debe adjuntarse documento informativo elaborado por un médico.

**SOLICITA y AUTORIZA**

Al adulto responsable del alumno en ese momento, a la administración del medicamento anteriormente citado en las dosis y pautas prescritas por el especialista que ha realizado el informe médico, quedando el centro y sus trabajadores EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.

En Muriedas, a..... de..... de 20.....

Firmado.....

**ENTREGAR EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO**

