



C/ Eugenia de Montijo, 92. 28025-Madrid-

Tfno. 91.466.51.21, fax 91.461.70.26

MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del alumno:

Curso:

Etapa:

Patología:

Nombre del medicamento:

Vía de administración:

Dosis:

Hora de administración:

Periodo de administración (fecha): Desde:

hasta:

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al colegio de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Fecha:

Nombre y apellidos del firmante:

DNI:

Firma: