

## Autorización para la administración de medicamentos

D/Dña, \_\_\_\_\_, mayor de edad, titular del D.N.I. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, madre / padre / tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_ que cursa estudios en \_\_\_\_\_ curso de la etapa educativa \_\_\_\_\_ en nuestro Colegio Santísima Trinidad de Alcorcón.

### **EXPONE,**

**Primero.-** Que mi hijo/a \_\_\_\_\_ ha sido diagnosticado/a de \_\_\_\_\_. Se adjunta informe médico.

**Segundo.-** Que como consecuencia de lo anterior, su médico le ha prescrito la siguiente:

- Medicación: \_\_\_\_\_
- Dosificación: \_\_\_\_\_

**Tercero.-** Que a medicación que le ha sido prescrita puede que sea necesario administrársela durante su permanencia en el centro escolar.

**Cuarto.-** Que SOLICITA y AUTORIZA a que se proceda a la administración de la medicación por parte del personal (no sanitario) bajo cuyo cuidado se encuentre el/la menor, exonerando de cualquier responsabilidad tanto al centro educativo Colegio Santísima Trinidad como a la persona que administre el citado medicamento en el caso de que surgiera alguna complicación.

**Quinto.-** Que me comprometo a facilitar al centro la medicación señalada en el apartado segundo y a renovarla en los supuestos de caducidad y/o terminación del medicamento.

Lo cual firmo en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma (Padre/madre/tutor legal)

Fdo. \_\_\_\_\_