fest | Alcorcón
Colegio Santísima Trinidad

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DATOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL:

D./Dª. _____mayor de edad, con **D.N.I. nº** _____en calidad de (padre / madre / tutor-a) del **alumno/a** _____, que cursa estudios en el curso de _____ en el **Colegio Santísima Trinidad de Alcorcón**.

EXPONE:

PRIMERO.- Que mi hijo/a ha sido diagnosticado/a de: _____ _____ *(Se adjunta informe médico actualizado).*

SEGUNDO.- Que, como consecuencia de lo anterior, su médico le ha prescrito el siguiente tratamiento:

- **Medicación:** _____
- **Dosificación y horario en el centro:** _____

TERCERO.- Que la medicación prescrita debe ser administrada necesariamente durante su permanencia en el centro escolar.

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

QUINTO.- Que me comprometo a facilitar al centro la medicación señalada en el apartado segundo, debidamente identificada, y a renovarla en los supuestos de caducidad y/o finalización de las existencias.

TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

En Alcorcón, a _____ de _____ de 20_____

Firma del padre / madre / tutor-a:

Fdo.: _____