

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo, D/ Dña _____ con
NIF _____ - autorizo al maestro/a Tutor/a de mi hijo/a
_____ matriculado en el curso _____ del CEIP Miguel de Cervantes
de Alar del Rey para que le administre la medicación prescrita por su pediatra en el horario
y dosis que a continuación se detallan:

Medicamento: _____

Horario: _____

Dosis: _____

Periodo temporal: _____

Por el mismo documento eximo a dicha persona de cualquier responsabilidad civil
que se derive en caso de empeoramiento del estado general del niño/a, siempre que no
conste negligencia por su parte en el cumplimiento de los términos de este acuerdo.

Y para que conste, a los efectos que procedan, firmo el presente en

Alar del Rey, a ____ de _____ de _____

Fdo. Padre/Madre o Tutor