



**AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA AL PERSONAL DEL CENTRO EDUCATIVO PUNTA GALEA
PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS NIÑOS BAJO SU PATRIA POTESTAD**

En Las Rozas, a de de 201

D./D^a.....

mayor de edad, con DNI número

en su condición de padre/madre/tutor (tachar lo que no proceda) de alumno/a del CENTRO

EDUCATIVO PUNTA GALEA, de nombre

..... del curso

SOLICITA Y AUTORIZA

Al personal del CENTRO EDUCATIVO PUNTA GALEA la administración de la medicación indicada en la parte inferior de este documento, eximiendo de toda responsabilidad tanto al CENTRO EDUCATIVO PUNTA GALEA como al personal del mismo, de cualquier consecuencia de toda índole acaecida por dicha administración.

Y para que conste a todos los efectos se firma en el lugar y fecha del encabezamiento.

Fdo.:

(Padre/madre/tutor)

DATOS DE LA MEDICACIÓN:

Nombre del medicamento:

Dosis a administrar:

Periodicidad:

Duración del tratamiento:

NOTA: Los padres deberán proporcionar al colegio el medicamento oportuno y encargarse de renovarlo si este tiene fecha de caducidad. En ningún caso será responsabilidad del Centro avisar a los padres de la caducidad del medicamento para ser sustituido.