



### **CEIP Gloria Fuertes**

Avd. Valle, s/n 45224. Seseña Nuevo (Toledo)

Teléfono/Fax.: 91 801 31 11/616284291

e-mail: 45010363.cp@edu.jccm.es

#### **AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS**

<b>Nombre y apellidos del estudiante</b>	
--	--

*Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo algún medicamento de uso común (Dalsi o Apiretal), en su caso, 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.*

*Antes de suministrar el medicamento se les consultará por vía telefónica.*

*Tal autorización tiene efecto para toda la escolaridad en nuestro Centro, sabiendo que puedo revocar tal decisión en cualquier momento, firmando la denegación/revocación si así lo deseo.*

Seseña Nuevo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Nombre y apellidos del firmante:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### **AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS**

<b>Nombre y apellidos del estudiante</b>	
--	--

*Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo algún medicamento de uso común (Dalsi o Apiretal), en su caso, 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.*

*Antes de suministrar el medicamento se les consultará por vía telefónica.*

*Tal autorización tiene efecto para toda la escolaridad en nuestro Centro, sabiendo que puedo revocar tal decisión en cualquier momento, firmando la denegación/revocación si así lo deseo.*

Seseña Nuevo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Nombre y apellidos del firmante:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_