

**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 (PUNTUALMENTE)

Nombre del estudiante:		Curso:	
Patología:			
Nombre del medicamento:			
Ruta de administración:			
Dosis:		Hora a la que debe administrarse:	
Período de administración:	Desde:		Hasta:
¿Hay algún tipo de alergias? (indicar a qué)			
Posibles efectos secundarios			

Aporto la receta o indicación médica con el detalle del número de dosis, frecuencia del suministro, etc.

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente 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.

Seseña Nuevo, a _____ de _____ de 20 _____

Nombre y apellidos del firmante:

DNI: _____

Firma: _____