



AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN

D./Dña. \_\_\_\_\_

Padre/ madre del alumno/a

\_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Autoriza al Servicio de Enfermería y al personal del centro a que se le administre a su hijo/a la siguiente medicación, según la prescripción médica:

NOMBRE MEDICACIÓN	DOSIS	VIA(oral, inhalada, tópica)	HORA

DURACION DEL TRATAMIENTO

Desde el día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ inclusive.

Adjunto:

- Informe médico o copia de la receta (IMPRESINDIBLE).
- Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento.
- Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a casa.

Fecha y firma del padre/madre