

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/D^a _____ con D.N.I.: _____

D/D^a _____ con D.N.I.: _____

padre, madre o tutor/a legal del alumno/a _____

del curso _____ de Educación _____.

AUTORIZA al personal del CEIP PASAMONTE, a la administración de la medicación que se indica en la prescripción médica adjunta, con su posología correspondiente, eximiendo al personal del centro escolar de la responsabilidad que pudiera derivarse por dicha actuación.

- SOLICITA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO:**

FORMA DE ADMINISTRACIÓN (DOSIS Y FRECUENCIA):

MEDICAMENTO	DOSIS Y FRECUENCIA	FECHA:COMIENZO/FIN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

(Firma de la madre/madre/tutora)(1)	(Firma de la madre/l padre/tutor)(2)
Firmado (1):	Firmado (2):

Los datos personales recogidos serán tratados conforme a la normativa de Protección de Datos Personales. Usted puede conocer la política de privacidad del colegio leyendo el documento colocado de forma visible en nuestro tablón informativo o en la web del centro. La persona o personas firmantes dejan constancia con su firma de que han leído y aceptan la política de privacidad.