



ATT/ Familias usuarias del Servicio de Comedor del Centro Asunto/ Autorización para administrar medicación en el Colegio

Don/Doña _____ en
calidad de padre/madre/tutor legal del alumno
_____ del curso _____
y con DNI número _____

AUTORIZA expresamente por la presenta a la persona responsable del Servicio de Comedor del Centro a administrar la siguiente medicación según la dosis y hora consignadas (rellénense tantas filas como sea preciso):

	MEDICACIÓN	DOSIS	HORA/S	FIN TRATAMIENTO
1				
2				
3				
4				
5				

Para lo cual firmo en Logroño a _____ de _____ de 202

Fdo. Don/Doña

Nota importante. Esta autorización exime al Centro y a la persona responsable del Servicio de Comedor de cualquier responsabilidad derivada de la administración de la medicación. Se deberá de adjuntar el original o fotocopia de la prescripción médica.

