



**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN EN EL COLEGIO**

AUTORIZO A LA RESPONSABLE DEL COMEDOR DEL COLEGIO PARA QUE

ADMINISTRE AL ALUMNO/A.....

CURSO.....LA/LAS MEDICACIÓN/NES.....

DOSIS.....HORA.....

EN LAS FECHAS ..... (Indicar el principio y el final del tratamiento)

Firma (obligatorio):

DNI (obligatorio):

**Esta autorización exime de cualquier responsabilidad derivada de la administración de la medicación a la responsable del comedor y al Centro.  
Se deberá adjuntar el original o fotocopia de la prescripción médica.**

