

COLEGIO AZORÍN
C/ARZÚA, 28 – 28033 MADRID
TELEF: 91.382.17.20
FAX: 91.763.07.22
info@colegioazorin.com
[http:// www.colegioazorin.com](http://www.colegioazorin.com)



Educación Primaria
Educación Secundaria
Educación Infantil

N.º COD. 28015550

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS

D/D^a _____, mayor de edad, titular del D.N.I. _____, con domicilio en _____, calle _____ madre/padre/tutor/a del alumno _____ que cursa estudios en el curso de _____ en el COLEGIO AZORÍN.

EXPONE,

PRIMERO.- Que mi hijo/a _____ ha sido diagnosticado/a de _____. Se adjunta informe médico.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior, su pediatra le ha prescrito la siguiente medicación:

--

TERCERO.- Que la medicación que le ha sido prescrita debe ser administrada entre otras tomas en horario escolar, siendo necesario el suministro por parte del personal del Centro.

CUARTO.- Que SOLICITA Y AUTORIZA a que se proceda a la administración de la Medicación según se indica por parte del personal bajo cuyo cuidado se encuentre el/la menor en el comedor escolar, exonerando al centro educativo de la responsabilidad que puedan originarse por la administración de la medicación por parte de personal no sanitario.

QUINTO.- Que me comprometo a facilitar al centro la medicación señalada en el apartado segundo, y a renovarla en los supuestos de caducidad y/o terminación del medicamento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo. _____

CENTRO PRIVADO CONCERTADO