



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 la etapa educativa de _____ en el centro
concertado San Juan de la Cruz.

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 con la comida, siendo mi hijo/a pupilo/a usuario/a del servicio de comedor escolar 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 escolar
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 Medina del Campo, a _____ de _____ de 201__.

Fdo. _____