

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL CENTRO

Yo, _____, con DNI _____, padre/madre/tutor legal de _____, alumno/a del centro escolar _____, AUTORIZO a la enfermera escolar o al personal debidamente designado a administrar la siguiente medicación a mi hijo/a en el horario escolar.

Datos de la medicación:

Medicamento	Dosis	Observaciones
Ibuprofeno		
Paracetamol		

Otros medicamentos:

Nombre	Vía de administración	Dosis	Horario de administración	Duración del tratamiento

Observaciones especiales:

Autorización y firma del tutor legal:

Padre, madre, tutor legal: _____

Teléfono de contacto: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____