



CPEIPS SAN VICENTE DE PAÚL

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CURSO: 20__ / __



R1PS-PRLYA-3.1

SUBPROCESO; REVISIÓN DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE

D./D.^a _____ con DNI _____

Padre/madre/tutor de _____

SOLICITA Y AUTORIZA que la medicación _____

le sea administrada por parte del personal bajo cuyo cuidado se encuentre mi hijo/a con una dosis

de _____, a las _____ horas, durante _____

Y para ello,

PRIMERO.- Se adjunta informe o receta médica por el que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____

SEGUNDO.- 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, dentro del horario escolar.

CUARTO.- Que exoneró al centro educativo y a su personal de la responsabilidad que pueda originarse por la administración de la medicación por parte del 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.

Las Palmas de G.C. a _____ de _____ de 201

Fdo. _____