



CEIP CARLOS V
CIF: Q2868477G
Código de centro: 28010461



COMUNIDAD DE MADRID
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dña _____

con D.N.I. _____ como padre/madre o tutor del alumno/a

_____ del curso _____

Autorizo al Director y/o a cualquier miembro del Equipo Directivo del centro a administrar los medicamentos según pauta médica, que también entrego junto con la autorización, medicación y fechas de administración, eximiendo a cualquier miembro del Equipo Directivo de cualquier tipo de responsabilidad ante posibles efectos secundarios derivados de la administración de la medicación pautada.

Para que así conste en los efectos oportunos en el día de la fecha

Madrid, ____ de _____ de 20__

Firma del padre o la madre