



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE FORMA CONTINUADA

Don _____ padre/tutor legal y doña _____ madre/tutora legal del alumno/a _____ del curso _____

Con teléfonos de contacto: _____

Autorizamos a que se le administre a mi hijo/a la siguiente medicación según la prescripción médica:

NOMBRE MEDICACIÓN	DOSIS	VIA (Oral, inhalada, tópica.)	HORA

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Desde el día _____ hasta el día _____ inclusive.

Adjunto:

- Informe médico o copia de la receta.
- Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento.
- Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a casa.

Madrid, a _____ de _____ de 20____

Firma del padre y madre/ tutor y tutora legal