



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don / Doña _____

Padre / madre del alumno/a _____

Curso _____ Teléfonos de contacto: _____

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

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

☐ **DE FORMA CONTINUADA:**

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Desde el día _____ hasta el día _____ inclusive.

☐ **DE FORMA OCASIONAL:**

Observaciones: _____

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/madre/tutor legal