colegio Montessori Salamanca

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE MEDICACIÓN

D/Dña_____padre/madre
del alumno/a _____
del curso_____ etapa_____.

AUTORIZA al personal del colegio a la aplicación de medicación a dicho/a alumno/a

Para la aplicación de medicación es necesario aportar los siguientes datos médicos:

- Nombre del medicamento:
- Ruta de administración (oral, rectal, etc):
- Dosis:
- Fechas de administración : Desde _____ Hasta_____
- Hora de administración: _____

Asimismo me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al colegio de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicación a mi hijo/a y de la aplicación por personal no sanitario.

Salamanca a ____ de _____ de _____

Fdo:_____
Padre/madre/tutor legal

Está autorización tendrá validez hasta que sea anulada por los padres.

(en todo caso el tiempo no excederá del presente curso escolar).