



Documentos de Información y Consentimiento para la Administración de Medicamentos

D/Dña _____ con DNI _____

Teléfono _____

como padre/madre/tutor/a del alumno/a _____

escolarizado en el Colegio Público Ángel León, comunica a la Dirección del Centro y/o tutor/a la necesidad de administración del medicamento _____

prescrito por su pediatra/especialista, adjuntando receta médica con dosis y frecuencia.

Solicito y AUTORIZO al Centro, la administración del medicamento _____

quedando el Centro y el profesorado **EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.**

En Colmenar Viejo a ____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

Medicamento a administrar: _____

Dosis: _____

Días **LECTIVOS** que hay que administrar dicha medicación:

Del ____ de _____ hasta el ____ de _____ ambos incluidos.

Antes de comer

Después de comer

A las ____: ____ horas.