

AUTORIZACION para la DISPENSACION de MEDICAMENTOS

D^a / D..... con D.N.I.....
y teléfono de contacto
como **madre / padre / tutor** (rodéese lo que proceda) del **ALUMNA/O:**

..... **AUTORIZO** al servicio médico del colegio y/o de forma excepcional a los profesores de la etapa, para que proceda a la **dispensación en horario escolar/actividades docentes, del medicamento** que a continuación señalo, con la **dosis, n° de tomas/día y horario** de la toma correspondiente

MEDICAMENTO	DOSIS	Nº TOMAS/DIA	HORARIO

En relación a la patología médica.....
durante todo el tiempo que sea necesario en los cursos escolares en el que el alumno esté matriculado o de forma puntual, durante días.
De la misma forma me comprometo a suministrar a mi cargo la medicación indicada al Colegio y a informar de las variaciones en la misma.

En Madrid, a de de

Fdo

Aunque la medicación será suministrada de forma normal por el servicio médico, reconozco haber sido informado de que la medicación puede ser, eventualmente suministrada por un profesor, educador o monitor (durante las excursiones, campamentos..), de que dicho personal no es personal sanitario y autorizo y eximo a dichos profesionales y al Colegio de toda responsabilidad en el caso de error en el suministro de la medicación.

El colegio no puede responsabilizarse de la administración de ningún medicamento, sin la presente autorización debidamente cumplimentada y si no se adjunta el INFORME MÉDICO.