



SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO

ALUMNO/A		
Apellidos y Nombre	Curso	Grupo

PADRE, MADRE O TUTORES LEGALES	
Padre o tutor	DNI
Madre o tutora	DNI

Estamos interesados en que el Centro administre a nuestro/a hijo/a la medicación necesaria según condiciones adjuntas (informe médico), entendiéndose que el Centro actuará con una especial diligencia en su cuidado.

Asimismo, somos conscientes y responsables de que en alguna ocasión pueda surgir en el Centro cualquier circunstancia que impida administrarle dicha medicación y atender el alcance de las consecuencias por la falta de ingestión del medicamento necesario, por lo que exoneramos al Centro de cualquier responsabilidad al respecto. Del mismo modo, nos hacemos totalmente responsables de esta decisión, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

MEDICAMENTO	HORARIO	DOSIS

Fdo. Madre/Tutora Legal	Fdo. Padre/Tutor Legal
Pontevedra, ____ de ____ de 2023	Pontevedra, ____ de ____ de 2023