



C.E.I.P. El Tejar
Majadahonda

COMUNIDAD DE MADRID

EN ENFERMERIA EXISTEN MEDICAMENTOS ANTITERMICOS (DALSY O PARACETAMOL) PARA DAR A SU HIJO/A (CON ESTA AUTORIZACIÓN). PARA CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO, ES NECESARIO ADEMÁS DE ESTA AUTORIZACIÓN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

PADRE/MADRE/TUTOR: _____

CON D.N.I: _____

AUTORIZA A LA A.T.S. DEL COLEGIO PÚBLICO “EL TEJAR”, O A CUALQUIER PERSONA DEL CENTRO A:

A DAR: “INDICAR MEDICAMENTO Y VIA DE ADMINISTRACIÓN” _____

OTROS _____

**COMO ANEXO SE ADJUNTA FOTOCOPIA DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA FIRMADA POR QUIEN LA SOLICITA.
EXIMIENDO CON ESTA AUTORIZACIÓN AL COLEGIO Y PERSONAL DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA ADMINISTRACIÓN, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE INDICAN.**

ALUMNO/A _____ CURSO: _____

FIRMA DE LOS PADRES

FECHA: