

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

D./Dña. _____,
padre/madre del alumno/a

_____ Curso _____,

autorizo a que se le administre a mi hijo/a la siguiente medicación según prescripción
médica:

MEDICAMENTO	VIA(oral, inhalada, tópica)	DOSIS	HORA

DURACION DEL TRATAMIENTO: desde el día _____ hasta el día _____ inclusive

Adjunto:

Informe médico o copia de la receta, presentación **IMPRESINDIBLE**.

Medicación en su envase original para que se quede en el colegio mientras
dure el tratamiento (*)

Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a
casa(*)

Fecha y Firma

(*)La medicación será custodiada única y exclusivamente por el servicio de enfermería. El horario de entrega y recogida es de 9- 16:55h.