



CEIP LAS MORERAS  
C/ Parque de Nazaret, 3  
Tel: 962566200  
Email: 46012537@edu.gva.es



## AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D. / Dña. \_\_\_\_\_ madre / padre del alumno/a  
\_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_

AUTORIZO a los profesores responsables de la clase para que le sea administrada la medicación oral o tópica, previamente prescrita por un facultativo y con las instrucciones de administración por escrito (Nombre del medicamento e indicaciones):

---

---

---

---

---

Y les eximo de cualquier responsabilidad por las reacciones adversas que pudieran producirse.

Valencia, a de 20

Firmado:

El padre / madre / tutor