

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