



FICHA – AUTORIZACIÓN MEDICAMENTO



Sr/Sra:.....,
con domicilio en, teléfonos de contacto:...../
..... y N.I.F....., en calidad de padre, madre o tutor legal
del alumno.....

Indica que ha sido informado por el médico/a, Sr/Sra.....,
colegiado/a núm., de todos los aspectos relativos a la administración de la
medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el
centro educativo por el personal no sanitario.

Nombre de la medicación: Posología:.....

Hora de administración: Dosis: Necesita nevera:

Duración del tratamiento (*):.....

Los padres se hacen responsables de la fecha de caducidad y de las consecuencias que tuviera dicha
medicación.

En a de 20.....

Firmado:..... Firma: NIF:.....

* Fecha de comienzo y fecha de término.
(NOTA: Si la ficha no está correctamente cumplimentada, no se le administrará dicho medicamento).



FICHA – AUTORIZACIÓN MEDICAMENTO



Sr/Sra:.....,
con domicilio en y N.I.F....., en calidad de padre, madre o tutor legal
del alumno.....

Indica que ha sido informado por el médico/a, Sr/Sra.....,
colegiado/a núm., de todos los aspectos relativos a la administración de la
medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el
centro educativo por el personal no sanitario.

Nombre de la medicación: Posología:.....

Hora de administración: Dosis: Necesita nevera:

Duración del tratamiento (*):.....

Los padres se hacen responsables de la fecha de caducidad y de las consecuencias que tuviera dicha
medicación.

En a de 20.....

Firmado:..... Firma: NIF:.....

* Fecha de comienzo y fecha de término.
(NOTA: Si la ficha no está correctamente cumplimentada, no se le administrará dicho medicamento).