CEIP "Doña Avelina Cortázar"
Dr. Navarro Díaz, 1
26141 ALBERITE
941436955
ceip.avelinacortazar@larioja.edu.es
ceipavelinacortazar.larioja.edu.es

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DENTRO DEL CENTRO ESCOLAR

Yo D/Dña._____con DNI _____
como madre/padre/tutor de:

Nombre alumno/ _____
Edad_____Curso_____.

Autorizo a que se le administre medicación pautada puntual, para tratamiento crónico o de emergencia necesaria en su caso y me comprometo a facilitarla con anterioridad junto con una copia de su informe médico o copia de la receta médica adjunto a este documento:

Informe médico o copia de la receta. Que indique claramente el:
Nombre del medicamento _____
Dosis _____
Hora/s a la que debe tomarlo _____
Duración del tratamiento _____(fecha fin o última toma)

Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en la enfermería del colegio durante el tratamiento. Una vez finalizado el mismo será devuelto a casa.

Firma: Fecha:

[1] No se recibirán medicamentos o dispositivos médicos directamente de manos de los alumnos. La entrega deberá efectuarse en correctas condiciones por un adulto o por el responsable designado (profesor o personal de enfermería del centro). En caso contrario, el centro no asumirá responsabilidad alguna por posibles desperfectos en los mismos.
[2] No se administrará ningún medicamento dentro del centro sin la presente autorización correctamente rellena y firmada.
[3] El centro escolar y la persona que administre la medicación quedan exentos de cualquier responsabilidad derivada de posibles efectos secundarios ocasionados por el citado medicamento, asumiendo el padre/madre/tutor la plena responsabilidad.