

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

D. _____ con D.N.I. _____ y

Dña. _____ con D.N.I. _____

como padres del alumno/a _____

AUTORIZAMOS al Colegio “Europa” a que durante el horario de permanencia en el mismo la profesora a cargo del niño, o cualquier otro personal a cargo de mi hijo/a en ese momento, le administre la medicación que precisa en caso de emergencia.

Nos comprometemos a entregar en el centro el informe médico que prescriba el medicamento con la indicación de la dosis a suministrar en caso de emergencia, y, en su caso, con las explicaciones necesarias para hacerlo. El informe precisa los síntomas ante los cuales hay que suministrar de inmediato los medicamentos y aquellos otros en que la evolución va a ser más lenta, permitiendo en este último caso solicitar la presencia en el centro de algún familiar.

El medicamento será custodiado en el centro en lugar conocido por las personas que normalmente se relacionan con el alumno.

La familia del alumno se responsabilizará de tener el mismo medicamento en su domicilio, así como de que exista otra dosis en el centro de salud o consultorio más próximo, así como, la renovación de dicho medicamento con anterioridad a su fecha de caducidad.

Por tanto, Nosotros como padres, **EXIMIMOS** al centro y a las personas a cargo de nuestro hijo, de toda responsabilidad ya que como personal NO cualificado que son, actuarán en caso de emergencia siempre velando por los intereses del niño/a y en la medida de sus capacidades.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo. _____
Padre

Fdo. _____
Madre