



CEIP SAN MIGUEL

28058548

C/ Travesía de la nevera, s/n

28723 PEDREZUELA

TLFS: 918434105 - 609745861

FAX: 918433833

cp.sanmiguel.pedrezuela@educa.madrid.org



Comunidad de Madrid

Anexo VII. CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN EL CENTRO

D./D^a _____

con D.N.I. _____, como padre/madre o tutor/a del alumno/a _____, del curso _____, comunica a la Dirección del Centro la necesidad de administración del medicamento _____, adjuntando el informe y la receta médica en la que se indique la dosis y la frecuencia.

A través del siguiente consentimiento **AUTORIZO** a administrar el medicamento antes indicado, quedando el centro y los profesionales que se lo suministren exentos de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha situación.

Pedrezuela , _____ de _____ de 20 _____

Firma del padre/tutor

Firma de la madre/tutora

Fdo.:

Fdo.: