



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO

D/Dña..... con DNI.....

Teléfono.....

Como padre/madre/tutor del alumno.....

escolarizado en el Colegio san Vicente de Paúl (LAREDO), comunica a la Dirección del Centro y/o tutor la necesidad de la administración del medicamento..... prescrito

por su pediatra/especialista, **adjuntando receta médica con dosis y frecuencia.**

Solicito y AUTORIZO al Centro, la administración del medicamento.....

quedando el Centro y el profesorado EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.

En Laredo a de de 202...

Fdo.:.....