



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
MEDICAMENTOS A ALUMNOS/AS  
CURSO 2020/2021**

Por la presente les pedimos su **AUTORIZACIÓN** para que el personal del centro y del comedor escolar pueda administrar a su hijo/a el medicamento que, por prescripción médica, nos ha facilitado, estando éste debidamente identificado y etiquetado.

*Esta autorización sólo tiene efecto y validez si viene acompañada del correspondiente informe y prescripción médica.*

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, tutor/a 1 y

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, tutor/a 2

del alumno/a \_\_\_\_\_, del

curso \_\_\_\_\_ matriculado en el CEIP. Nuestra Señora del Prado,

**AUTORIZAMOS** por la presente a que el personal del centro administre a mi hijo el medicamento prescrito por el médico.

Talavera de la Reina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TUTOR/A 1

FIRMA DEL TUTOR/A 2

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_