

ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE MEDICACIÓN EN CASOS DE ENFERMEDAD CRÓNICA

D/Dña _____ padre/madre
del alumno/a _____

AUTORIZA al personal del colegio a la aplicación de medicación con dicho/a alumno/a

Para la aplicación de medicación es necesario aportar los siguientes datos médicos:

INFORME MÉDICO, el cual debe incluir:

- Patología del alumno:
- Nombre del medicamento:
- Ruta de administración (oral, rectal, etc):
- Dosis:
- Hora de administración:
- Fechas de administración : Desde _____ Hasta _____

Asimismo me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al colegio de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicación a mi hijo/a y de la aplicación por personal no sanitario.

Salamanca a _____ de _____ de _____

Fdo:
Padre/madre/tutor legal

(Esta autorización tendrá validez hasta que sea anulada por los padres.)