

ANEXO I

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA
ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD COMÚN
(sin receta médica)**

D./D^a _____, mayor de edad, con
D.N.I. _____ - ____ y domicilio en _____, en C/
_____, madre/padre del alumno/a
_____, que cursa sus estudios en el
nivel de _____ del colegio CLARET de Segovia

EXPONE:

PRIMERO.- Que mi hijo/a _____ está
enfermo de _____.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior está tomando

TERCERO.- Que el medicamento debe tomarlo en el horario escolar según
se especifica a continuación:
*(es necesario que se explicita detalladamente cuándo debe administrarse cada
medicamento, cuales son las dosis y como se administra).*

CUARTO.- Que se solicita y autoriza a que se proceda a la administración de
la medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del educador bajo
cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

En Segovia, a ____ de _____ de 20____.

Fdo. _____