

ANEXO II

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD COMÚN

(con receta médica)

IMPRESINDIBLE ADJUNTAR COPIA DE LA 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 _____ de _____

EXPONE:

PRIMERO.- Que mi hijo/a _____ ha sido diagnosticado de _____.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior se le ha recetado _____

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, cuáles son las dosis y cómo 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 _____, a ____ de _____ de 20__.

Fdo. _____