



# Colegio San Juan de la Cruz - Carmelitas Descalzos

## Concertado

### AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A ALUMNOS

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, titular del D.N.I. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle  
\_\_\_\_\_, madre/padre/tutor/a del alumno  
\_\_\_\_\_,  
que cursa estudios en el \_\_\_\_ curso de la etapa educativa de \_\_\_\_\_ en el centro  
concertado San Juan de la Cruz.

#### EXPONE,

**PRIMERO.-** Que mi hijo/a ha sido diagnosticado/a de \_\_\_\_\_.

Se adjunta informe médico.

**SEGUNDO.-** Que como consecuencia de lo anterior, su pediatra le ha prescrito la siguiente medicación:

**TERCERO.-** Que la medicación que le ha sido prescrita debe ser administrada entre otras tomas con la comida, siendo mi hijo/a pupilo/a usuario/a del servicio de comedor escolar del centro.

**CUARTO.-** Que SOLICITA Y AUTORIZA a que se proceda a la administración de la medicación según se indica por parte del personal bajo cuyo cuidado se encuentre escolar el/la menor en el comedor escolar, exonerando al centro educativo de la responsabilidad que puedan originarse por la administración de la medicación por parte de personal no sanitario.

**QUINTO.-** Que me comprometo a facilitar al centro la medicación señalada en el apartado segundo, y a renovarla en los supuestos de caducidad y/o terminación del medicamento.

En León, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_