|  |  |
| --- | --- |
|  | AUTORIZACIÓN Y SOLICITUD PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS |

D./Dª. ……………………………………………………………….…………….…….., con D.N.I. ……………………............ en su condición de madre/padre o tutor/a legal del alumno/a: …………………………………………………… de ……………… nivel de Educación Infantil/Primaria (táchese lo que no corresponda) del CEIP “Nuestra Señora de Lourdes”,

**SOLICITO Y AUTORIZO** a la enfermera del centro a administrar el medicamento: …………………………………………………………………..…………………….…

La dosis indicada es:

…………………………………………..……………………………………………..

La vía de administración es: Oral…….……..; Inhalatoria…………...; Subcutánea……………..

Las horas de administración son:

……………………………………………..……………………..

Desde el día...................... hasta el día………..………...

En Torrelodones, a ….….. de ………………………..………. de 20….…

Firma de la madre/del padre o del tutor/a legal

1. Esta autorización no tiene validez si no se acompaña de la receta médica actualizada o informe médico donde se prescriba el tratamiento (o fotocopias), donde debe constar siempre el nombre del alumno, dosis, pauta a seguir y el principio y fin del tratamiento. 2. La medicación debe encontrarse en el envase original del medicamento. En éste debe constar el nombre y apellidos del alumno y curso. 3. La medicación se devolverá una vez terminado el tratamiento. 4. Los medicamentos no deben estar en ningún momento en manos de los alumnos. Los padres son los encargados de entregarlos a los responsables educativos del alumno o a los responsables de los autobuses escolares. 5. El colegio no se responsabiliza de ninguna toma de medicamentos no controlada por los responsables educativos o personal de los servicios complementarios del centro. 6. No se administrará ninguna medicación que no cumpla todos los requisitos indicados