



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**  
**C.E.I.P. CARMEN CONDE (ALCORCÓN)**

<b>NOMBRE DEL ALUMNO</b>	
<b>CURSO</b>	
<b>NOMBRE DE PADRE, MADRE O TUTOR</b>	
<b>DNI</b>	
<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>	

Solicito y **autorizo** al profesor/tutor/director y/o enfermera del CEIP Carmen Conde para administrar la medicación que a continuación se detalla según prescripción médica, quedando **exentos de toda responsabilidad** que pudiera derivarse de dicha actuación:

<b>NOMBRE MEDICACIÓN</b>	<b>DOSIS</b>	<b>VÍA ORAL, INHALADA, ...</b>	<b>HORA</b>

<b>TRATAMIENTO</b>	
<b>PATOLOGÍA</b>	
<b>FECHA INICIO</b>	
<b>FECHA FINALIZACIÓN</b>	

Los padres dejarán el teléfono de contacto en esta autorización para ser informados de cualquier eventualidad, quedando el centro autorizado al traslado del alumno a un centro sanitario si no se les localiza a la mayor brevedad.

<b>DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN ADJUNTA</b>
<input type="checkbox"/> Informe médico ( <b>IMPRESINDIBLE</b> ) <input type="checkbox"/> Receta médica <input type="checkbox"/> Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento o durante todo el curso en caso de medicación de urgencia.

Esta autorización tendrá **validez durante el actual curso** escolar.

En Alcorcón, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo. Padre, Madre o Tutor: