



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y TRASLADOS A CENTRO HOSPITALARIO

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Tutor \_\_\_\_\_

AUTORIZO A QUE ADMINISTREN A MI HIJO/A (nombre y apellidos del alumno):

\_\_\_\_\_

### **MEDICACIÓN ANALGÉSICA/ANTITÉRMICA EN CASO DE NECESIDAD**

**MEDICACIÓN DE URGENCIA** (reacción alérgica, crisis asmática, etc.), LA QUE PRECISARA (en este caso, se llamará al padre, madre o tutor)

**MEDICACIÓN PRESCRITA POR SU PEDIATRA** para lo cual es imprescindible acompañarlo de la receta médica y aportar el medicamento en su envase donde se indicará claramente el nombre, apellido, curso del alumno y dosis.

### **TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO EN CASO DE URGENCIA**

Fecha y firma padre, madre, tutor/a:

--