



INFORMACIÓN E AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./D^a. _____, maior de idade, con
DNI _____, e domicilio en _____, en
R/ _____,
nai/pai/titor do alumno/a _____,
que está matriculado no curso _____ no Centro
Concertado **CPR. Plurilingüe Nosa Sra. do Pilar de Foz (Lugo)**

EXPON:

PRIMEIRO.- Que o meu/miña fillo/a _____
foi diagnosticado de _____
Adxúntase receita e informe médico.

SEGUNDO.- Que como consecuencia do anterior necesita a administración da medicación

conforme ás indicacións que se sinalan a continuación:

.....
.....
.....

TERCEIRO.- Que se solicita e autoriza a que se proceda á administración da medicación
segundo se indica, por parte do titor/profesor/monitor baixo cuxo coidado se atope neses
momentos.

CUARTO.- O persoal do centro queda exento de calquera responsabilidade derivada da
suministración do medicamento

En _____, a _____ de _____ de 20__

Asdo.: _____