

**INFORMACIÓN E AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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.: \_\_\_\_\_