



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 eximido de calquera responsabilidade derivada da administración
do medicamento

En _____, a _____ de _____ de 20____

Asdo.: _____