

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMISITRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR / PAUTAS DE CUIDADOS MÉDICOS:**

Yo, D. /Dª....., con DNI.....,  
Domicilio.....y teléfono.....,  
Como madre/padre o tutor legal del/la alumno/a.....  
..... Del curso:.....  
Escolarizado/a en este centro educativo.

**SOLICITO Y AUTORIZO**

A la enfermera escolar o persona responsable de mi hijo/a en ese momento a administrar la medicación que se especifica más abajo con la pauta médica que se adjunta.

**Además,**

**Eximo al centro educativo y al profesional que ha atendido a mi hijo/a DE TODA RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.**

- Nombre del medicamento:.....
- Dosis:.....
- Hora:.....
- Duración del tratamiento:.....
- Vía de administración:.....

En....., a..... De.....de  
20.....



Fdo.: D. /Dª.....