

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN EL CENTRO

Don/doña \_\_\_\_\_, con  
D.N.I. \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor del alumno/a  
\_\_\_\_\_, autorizo al tutor/a Don/Doña  
\_\_\_\_\_, a suministrar la medicación  
\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas, una dosis de  
\_\_\_\_\_ según prescripción médica y según indica la receta  
que adjunto. Por la presente eximo de toda responsabilidad al  
citado tutor/a.

Fuenlabrada, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

*Necesario adjuntar prescripción médica.*