



**AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**  
**( A CUBRIR NO CASO DE ENFERMIDADES CRÓNICAS QUE POIDAN CURSAR CON CRISES**  
**QUE POÑAN EN PERIGO REAL E GRAVE A SAÚDE DO MENOR)**

Dn./ Dna. ....

DNI..... pai/nai ou titor de .....

....., alumno/a de ..... curso de Ed. ....

Por favor, marque cun X onde corresponda:

SOLICITA a administración por persoal do centro encargado da atención do alumno/a, da seguinte medicación :

- Nome do medicamento: .....
- Propósito do medicamento: .....
- Dosis.....
- Hora ou momento no que debe ser administrado : .....
- Número de días nos que debe ser administrado o medicamento na escola:  
 .....
- Posibles efectos secundarios: .....
- .....

AUTORIZA a administración da medicación prescrita en caso de emerxencia por persoal docente, conocendo e aceptando os riscos derivados da súa actuación, por non tratarse de persoal sanitario.

Comprométese a facilitar o medicamento e a renovar o mesmo, de ser o caso.