



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña.con DNI
núm. e como pai/nai/titor/a do/a
nen/a..... alumno/a do .CEIP
VALLE-INCLÁN DE VIGO, durante o curso 20.....- 20.....

PIDO E AUTORIZO que se lle administre a medicación necesaria indicada polo/a
médico/a mediante receita, da que achego copia indicando o nome e posoloxía,

DADO QUE parte desta posoloxía coincide en horario escolar, e non é preciso ser
persoal con formación sanitaria para administrala,

FACÉNDOME RESPONSABLE como pai/nai/titor/a legal do alumno/a no caso de
producirse efectos secundarios de calquera tipo por causa do citado medicamento.

Nome da medicación.....

Hora á que a debe tomar.....

E para que conste, asino a presente autorización.

En Vigo a de de 20.....

Asinado

(pai, nai ou titor)



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña.con DNI
núm. y como padre/madre/tutor/tutora
del/la niño/a..... alumno/a del CEIP
VALLE-INCLÁN DE VIGO, durante el curso 20.....- 20.....

PIDO Y AUTORIZO que se le administre la medicación necesaria indicada por el/la
médico/a mediante receta, de la que adjunto copia indicando el nome e posología,

DADO QUE parte de esta posología coincide en horario escolar, y no es preciso ser
personal con formación sanitaria para administrarla,

HACIÉNDOME RESPONSABLE como padre/madre/tutor/tutora legal del/la alumno/a
en el caso de producirse efectos secundarios de cualquiera tipo por causa del citado
medicamento.

Nome de la medicación.....

Hora a la que la debe tomar.....

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En Vigo a de de 20.....

Firmado

(padre/madre/tutor/tutora legal)