



AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña. _____ con DNI _____

madre/padre/representante legal del alumno/a _____

y número de teléfono/s de contacto: _____ **SOLICITO Y AUTORIZO**

a que se proceda a la administración de la medicación descrita por parte del personal de servicio de comedor bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos:

– NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

– DOSIS: _____ para paliar su dolor o por prescripción médica a las _____ horas.

Asimismo, por la presente eximo a Calidus Catering Services, S.L de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme a las correspondientes indicaciones.

En _____ a ____ de _____ de 2.0____

Firma del padre/madre/tutor/a D./Dña. _____