

**AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICACIÓN / CUIDADOS (*) A ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR**

D. / Dña. _____ con DNI _____

padre o madre del alumno / a _____

que se encuentra matriculado en el Colegio Sagrado Corazón de Jesús.

E X P O N E

Que su hijo / a anteriormente citado ha sido diagnosticado de _____

habiéndosele recomendado por el servicio médico que le atiende la administración de la siguiente medicación / cuidados, que precisa se le administre incluso durante el horario escolar

| Medicamento / Cuidado | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
| | | |
| | | |

Por lo anterior,

S O L I C I T A

Del Centro anteriormente citado la administración de dicha medicación / cuidado especial durante el tiempo de permanencia de mi hijo /a en el Centro Escolar. Así mismo

A U T O R I Z O

Al personal de dicho Centro educativo para que suministre la medicación mencionada a mi hijo / a, relevándole de toda responsabilidad respecto a los efectos de su aplicación, ya que los mismos han sido recetados y prescritos por el médico correspondiente y a cuyos efectos se acompaña informe médico de prescripción.

En Sevilla, a de de 20....

Fdo. _____