AUTORIZACIÓN FAMILIAR MEDICAMENTOS (URGENCIA)

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 _____

_____,

enfermedad crónica ☐ / enfermedad temporal ☐, 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 a administrar el medicamento mencionado a mi hijo/a. Igualmente,

A C E P T O

Eximir, no inculpar y liberar de responsabilidad al Centro y a cualquiera de sus profesionales en juicios, reclamaciones, demandas o cualquier otra acción en su contra por administrar la mencionada medicación, siempre y cuando se sigan las orientaciones dadas por escrito y/o reflejadas en el propio prospecto del medicamento. Soy consciente que dicha medicación puede administrarla una persona que no sea una profesional de la salud, por lo que asumo la responsabilidad derivada de dicha administración según corresponda y asumir la obligación de suministrar dicha medicación así como vigilar la fecha de caducidad de la misma.

En Sevilla, a ……. de …… de 20….

Fdo. _____