C/ Rico Cejudo 8 y 15, 41005, Sevilla. Teléfono 954.57.25.61 / Whasapp 663.94.19.36 emails:
direccion@cosacoslu.es / secretaria@cosacoslu.es / cosacosugerencias@gmail.com /
Web: www.cosaco.com.es

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del alumno: _____
Fecha de nacimiento: _____
Curso: _____
Nombre del tutor o responsable: _____
Teléfono de contacto: _____

Por medio de la presente, autorizo al tutor/ personal del comedor y Secretaría, a administrar el siguiente medicamento a mi hijo(a), durante el horario escolar, bajo las indicaciones descritas a continuación:

- **Nombre del medicamento:** _____
- **Dosis:** _____
- **Hora de administración:** _____
- **Instrucciones adicionales (si las hubiera):** _____

Motivo del medicamento: _____

Fecha de inicio: _____
Fecha de finalización: _____

Declaro que el medicamento es adecuado para su uso en el entorno escolar y me hago responsable de cualquier efecto adverso que pueda surgir debido a la administración del mismo.

Firma del tutor o responsable: _____
Fecha: _____