

ESCUELA MUNICIPAL DE _____



AUTORIZACIÓN MEDICINAS

Curso 20___/20___

Dn./Dña. _____

Como madre/padre/tutor _____

Autorizo al personal de la Escuela Infantil Municipal de _____, a administrar:

Nombre del medicamento:- _____

Dosis y horario: _____

Fecha del tratamiento (principio y fin): _____

Motivo de que la medicina tenga que ser administrada en la escuela:

**RECORDAMOS QUE LOS NIÑOS/AS NO DEBEN ASISTIR AL CENTRO SI NO ESTÁN EN BUEN ESTADO DE SALUD.
ESTE DOCUMENTO DEBE IR ACOMPAÑADO DE UNA COPIA DE LA RECETA MÉDICA.**

En _____, a ____ de _____ 20__

Fdo.

(persona/s responsable/s de la administración del medicamento)

Fdo.

La posible información que pudiera contener este comunicado, relacionada con datos de carácter personal, se encuentra amparada en la LOPD (Ley Orgánica 15/1999), que compromete a no utilizar estos datos para fines que no sean los estrictamente necesarios para la realización de su cometido, añadiendo además la absoluta confidencialidad y exclusividad, quedando prohibida a cualquier persona su revelación, copia, distribución o el ejercicio de cualquier acción relativa a su contenido.