



**AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**

**A ALUMNOS/AS CON TRATAMIENTOS MÉDICOS PUNTUALES**

D/D<sup>a</sup> ..... con D.N.I. ....

D/D<sup>a</sup> ..... con D.N.I. ....

Como padres/madres/tutores legales del alumno/a .....

.....del curso.....

**AUTORIZO** al personal del colegio Lourdes FUHEM donde está escolarizado mi hijo/a, a que se le suministre la dosis correspondiente de (nombre del medicamento y dosis):

.....

como figura prescrita por el médico en el informe adjunto.

Así mismo **EXIMO** al personal personalde FUHEM de toda responsabilidad que pudiera sobrevenir como consecuencia de la actuación realizada.

En ....., a.....de.....de 20

*Firma padre/madre/tutor legal*

*Firma padre/madre/tutor legal*