

AUTORIZACIÓN ALUMNADO CON TRATAMIENTO MÉDICO

D. / D^a _____ con
DNI / NIE / Pasaporte N.º _____, madre / padre / tutor / a
legal del/a menor _____

Comunica al Colegio, por medio del informe médico adjunto, que el/a menor presenta la patología /
trastorno / enfermedad (descripción breve) _____

por lo que se le administra el tratamiento que recoge el citado informe y que el/a menor

- es autónomo/a en la administración del medicamento/s.
 necesita ayuda con la administración del medicamento/s.

Solicita bajo la total responsabilidad de la familia que el / la menor participe en la actividad
(descripción breve) _____

Debe evitarse, siempre que se pueda la administración de medicamentos por parte del personal del
centro acompañante. Si excepcionalmente, debido a la gravedad del acto, hubiera que administrar
medicación, se deberá adjuntar copia de la receta médica o la prescripción en el caso de médico
privado. Tanto en una como en otra, debe constar siempre el nombre del/a menor, dosis, pauta a
seguir e inicio y fin del tratamiento si procediera. La medicación debe venir en el envase original con
fecha de caducidad, nombre, apellido, y dosis según refleje el informe médico y/o receta. **No se
administrará ningún medicamento sin estos requisitos.**

**Nunca se administrará ninguna medicación que la familia haya comprado por su cuenta, sin
prescripción directa -por escrito- del pediatra o médico del/a menor. Cualquier toma de
medicación no controlada por el personal del centro acompañante no podrá comprometer la
responsabilidad del mismo.**

Por tanto, por medio de la presente declaración, como madre/padre/tutor-a legal del/a menor
arriba mencionado, eximo de cualquier responsabilidad al centro escolar, a todo el personal del
centro sobre cualquier demanda, reclamación, queja, querrela o juicio de cualquier naturaleza en
relación con cualquier acontecimiento relacionado con la citada patología / trastorno / enfermedad
en el desarrollo de la actividad solicitada.

Para que así conste, firmo en Madrid a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

(nombre completo y apellidos)

**Nota: Esta autorización no tiene validez si no se acompaña del último informe médico
actualizado y/o receta correspondiente.**