

## AUTORIZACIÓN ALUMNADO CON TRATAMIENTO MÉDICO

D. / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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.**