

**AUTORIZACIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A ALUMNOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (JUSTIFICANTE MÉDICO)**

D..... con D.N.I./NIE/Pasaporte.....

D..... con D.N.I./NIE/Pasaporte.....

Con domicilio en C/.....

Localidad y Código Postal.....

Teléfonos de contacto: Madre/padre/tutor-a..... / .....

Trabajo de la madre/padre/tutor-a ..... / .....

Otros familiares (especificar parentesco, nombre y teléfono)

.....

.....

Como padre/madre/tutor-a legal del alumno/a .....

..... de ..... años de edad.

**AUTORIZO** al personal del colegio LOURDES, 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 doctor/a ..... en el informe médico adjunto.

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

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

Firma del padre /tutor-a

Firma de la madre /tutor-a