

**AUTORIZACION para la DISPENSACION de MEDICAMENTOS**

D<sup>a</sup> / D..... con D.N.I.....  
y teléfono de contacto .....  
como **madre / padre / tutor** (rodéese lo que proceda) del **ALUMNA/O:**

..... **AUTORIZO** al servicio médico del colegio y/o de forma excepcional a los profesores de la etapa, para que proceda a la **dispensación en horario escolar/actividades docentes, del medicamento** que a continuación señalo, con la **dosis, n° de tomas/día y horario** de la toma correspondiente

MEDICAMENTO	DOSIS	Nº TOMAS/DIA	HORARIO

En relación a la patología médica.....  
durante todo el tiempo que sea necesario en los cursos escolares en el que el alumno esté matriculado o de forma puntual, durante ..... días.  
De la misma forma me comprometo a suministrar a mi cargo la medicación indicada al Colegio y a informar de las variaciones en la misma.

En Madrid, a ..... de ..... de .....

Fdo .....

**Aunque la medicación será suministrada de forma normal por el servicio médico, reconozco haber sido informado de que la medicación puede ser, eventualmente suministrada por un profesor, educador o monitor (durante las excursiones, campamentos..), de que dicho personal no es personal sanitario y autorizo y eximo a dichos profesionales y al Colegio de toda responsabilidad en el caso de error en el suministro de la medicación.**

**El colegio no puede responsabilizarse de la administración de ningún medicamento, sin la presente autorización debidamente cumplimentada y si no se adjunta el INFORME MÉDICO.**