

Autorización Medicamentos

AUTORIZACIÓN PATERNA O MATERNA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

El alumno _____, matriculado en el curso _____, requiere el tratamiento que se detalla en el correspondiente informe médico que se adjunta.

Como Padre y representante legal de dicho alumno, AUTORIZO a _____, para que le administre la medicación o tratamiento reseñado en dicho informe, durante su permanencia en el viaje de Estudios programado por el CEIP MONZON.

Con esta autorización asumo todas las responsabilidades derivadas de dicha actuación exonerando de cualquier responsabilidad a dicha persona y a la entidad titular del Centro.

En Monzón a_____, de_____ de 20____