



## PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D..... y

Dña.....,

Mayores de edad, vecinos de.....,

padres del alumno.....,

a quien, por prescripción médica (se adjunta copia), suministran personalmente medicación, solicitan al Centro que en horario escolar se encargue de dar a su hijo/a la medicación que a continuación se detalla, asumiendo las consecuencias que de ello se pudieran derivar y eximiendo al Colegio de toda responsabilidad al respecto.

**Medicación:**.....  
.....  
.....

**Hora:**

En.....a.....de.....de 201

**Firma:**