



C.E.I.P Francisco de Quevedo
Calle San Vidal nº 8
Alcalá de Henares CP: 28803 Madrid
Tel: 918807835
Email:cp.quevedo.alcala@educa.madrid.org



CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Yo, _____(nombre y apellidos), con DNI_____padre/madre/tutor legal del alumno/a _____(nombre y apellidos), autorizo al centro escolar a que administre _____(indicar medicación y dosis) en caso de manifestación de signos y síntomas de su enfermedad (especificar abajo).

Entrego este consentimiento adjunto con un informe de su médico en el que se indica la prescripción de la medicación.

Signos y síntomas de la enfermedad:

Alcalá de Henares, a de de 20

Firma: