



Colegio Bilingüe
VILLA DE GUADARRAMA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

COMUNIDAD DE MADRID



**AUTORIZACIÓN PATERNA O MATERNA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
DE CARACTER CRÓNICO Y/O HABITUAL (ALERGIAS, TRATAMIENTO CRÓNICO...)**

| | |
|---------------------|----------------|
| Nombre padre/madre: | |
| Nombre alumno/a: | Curso y grupo: |
| Actividad: | |

AUTORIZO al CEIP VILLA DE GUADARRAMA (específicamente al personal docente acompañante en la salida) a administrar a mi hijo/a el medicamento prescrito por el médico en la dosis y tiempo especificados en el informe o receta adjunto.

La **medicación habitual** se entregará al DUE del centro, días antes de la salida, de la siguiente manera. La medicación debe ir **identificada con el nombre del alumno/** y **guardada en una bolsa con cierre también con el nombre** del alumno, donde también se guardará **la pauta de administración de la misma.**

| |
|---------------------------------------|
| FICHA DE ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN |
| MEDICAMENTOS |
| HORARIO |
| OBSERVACIONES |

Guadarrama, a de de

Firma