



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA

D./Dña.: _____ , con D.N.I./N.I.E. _____

madre/padre/tutor/a legal del alumno/a _____

DECLARO QUE:

He sido debidamente informado del protocolo a seguir por el centro en caso de producirse una situación de emergencia vinculada al problema de salud de mi hijo/a que ya les he notificado.

ME COMPROMETO A:

- Mantener actualizada la información médica necesaria para facilitar el seguimiento del proceso de mi hijo/a y las actuaciones del personal del centro en caso de emergencia.
- Proporcionar al centro el medicamento necesario en caso de emergencia y renovarlo con anterioridad a su fecha de caducidad para asegurar que siempre esté listo para su uso.

AUTORIZO :

- Al personal sanitario del centro, si lo hubiere, a administrar a mi hijo/a la medicación necesaria en caso de emergencia.
- Al personal del centro, docente y no docente, a administrar a mi hijo/a la medicación necesaria en caso de emergencia eximiéndoles de toda responsabilidad ya que como personal no cualificado actuarán sólo en caso de urgencia y siempre velando por el interés del alumno/a.

En _____, a _____ de _____ de _____

La madre/padre/tutor/a

Fdo.: _____