



Avda. de los Monumentos, 26.  
Oviedo. 33012. ASTURIAS.  
Teléfono: 985 294 140. Fax: 985 110 052  
colegio@smnaranco.org · www.smnaranco.org



## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dña....., con D.N.I.....  
y domicilio en....., Tlf: .....  
como padre/madre o tutor del alumno .....  
escolarizado en el curso ..... letra ...., de la etapa..... **SOLICITA** y a su vez **AUTORIZA**  
al personal del Centro la administración del medicamento.....  
en la dosis y pautas prescritas por el informe médico y/o receta que se adjunta .

Asimismo, declara ser consciente y responsable de que pueda surgir en el Centro cualquier circunstancia que impida administrarle correctamente dicha medicación, por lo que **exonera** al Centro y a sus empleados, de **cualquier responsabilidad** al respecto, así como de las derivadas de posibles efectos secundarios, adversos u otros relacionados con estas actuaciones.

En Oviedo..... a ..... de 20....

Fdo. Padre/madre/tutor del alumno

