Junta de Andalucía

Consejería Educación y Deporte
Delegación Territorial en Córdoba

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN TOMA MEDICAMENTOS

Yo D./Dª._____ con DNI _____, padre/madre/tutor/a del alumno/a _____, escolarizado/a en el CEIP / IES / EI _____ informo que mi hijo/a padece _____, y precisa tomar por prescripción médica el medicamento _____.

Por motivos laborales, familiares, personales, _____ (subraye o indique el motivo) me es imposible asistir al colegio en horario lectivo. Por ello autorizo al profesor/a tutor/a para que voluntariamente, le suministre o supervise dicha medicación, eximiendo a éste/a de cualquier responsabilidad derivada de su administración.

Adjunto “Informe Médico” donde se indica medicación y dosis.

Córdoba, a ____ de _____ de 20

Firma