



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña. _____ como
padre/madre/tutor del alumno/a _____
matriculado/a en el curso _____ de la etapa _____ (ESO, BACHILLERATO O FPB)

AUTORIZO

NO AUTORIZO

al personal del IES CAMPO CHARRO a que, en caso de necesidad, se le administre alguno de los medicamentos que la Junta de Castilla y León establece que se deben tener en el botiquín básico en los centros educativos durante los cursos académicos en los que el alumno/a esté escolarizado (esta autorización se puede revocar por escrito):

PARACETAMOL (comprimidos 600 mg.)

ANTIINFLAMATORIO. **Ibuprofeno** (comprimidos 400 mg.)

marcar con una X los medicamentos que autoriza

quedando el Centro y el Profesorado **EXENTOS DE TODA RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de dicha actuación.

NOTAS:

- Si algún alumno o alumna necesita que se le administre alguna medicación especial debe comunicarlo por escrito.
- Esta autorización la pueden revocar los padres en cualquier momento por escrito.

En La Fuente de San Esteban, a ____ de _____ de _____

Fdo. (padre/madre/tutor) _____