MODELO 5

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dª.: _____ con DNI _____

Teléfono móvil para avisos o SMS: _____

Dirección email: _____

Como representante legal del alumno/a: _____

del curso _____ grupo _____, SI__/NO__ autoriza al IES Río Duero a que, en caso de que el alumno/a lo solicite, se le proporcione por parte del personal del centro: Paracetamol, Ibuprofeno a Ácido Acetilsalicílico.

Observaciones:

Especificar si hay algún tipo de alergia o algún otro dato médico que el centro deba conocer:

Zamora, a ___ de _____de _____

PADRE/MADRE/TUTOR,

Fdo.: _____

NOTA: Sobre esta autorización se podrán ejercer los derechos de rectificación y cancelación, ante la dirección del centro.