



**C.P.B. VIRGEN DE NAVALAZARZA**

Medalla de plata de la Comunidad de Madrid  
2 de mayo de 2008



Dirección de Área Territorial Madrid-Norte  
**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
CIENCIA Y UNIVERSIDADES**

**Comunidad de Madrid**

## **Anexo VII. CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN EL CENTRO**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I. \_\_\_\_\_, como padre/madre o tutor/a del alumno/a  
\_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_, comunica a  
la Dirección del Centro la necesidad de administración del medicamento  
\_\_\_\_\_, adjuntando el informe y la receta  
médica en la que se indique la dosis y la frecuencia.

A través del siguiente consentimiento **AUTORIZO** a administrar el medicamento antes  
indicado, quedando el centro y los profesionales que se lo suministren exentos de toda  
responsabilidad que pudiera derivarse de dicha situación.

San Agustín del Guadalix, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor

Firma de la madre/tutora

Fdo.:

Fdo.: