



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^a _____

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.: