

## AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE UNA MEDICACIÓN PAUTADA A UN ALUMNO/A

**Nombre del  
alumno/a**.....

**Grupo:**    **Infantil**                          **Primaria**   

**Salida/Excursión/Otro motivo:** .....

**D/Dña** .....

**con DNI** ....., **tfno. contacto**.....

**SOLICITA** y a su vez **AUTORIZA** al profesor tutor o profesor responsable del alumno en ese momento, a la administración del medicamento específico en la dosis y pautas prescritas por el médico especialista que realiza el seguimiento del niño, quedando el Centro y el profesorado **EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de dicha actuación. Los padres dejarán un teléfono de contacto para ser informados de cualquier eventualidad, quedando el centro autorizado al traslado del alumno a un centro sanitario si no les localiza a la mayor brevedad.

En Sarriguren, .....de ..... de 20.....

Firma:

**\*\*\* Esta autorización es válida para todos los cursos en que el alumnado permanezca en el Centro. Cualquier cambio o modificación en las mismas comunicar en Secretaría-Administración.**



Nafarroako Gobernua  
Gobierno de Navarra

## CPEIP Hermanas Uriz Pi

Avda. Jorge Oteiza, 6

31621-Sarriguren

Tfno: 948 78 66 20

[cpsarrighuriz-gral@educacion.navarra.es](mailto:cpsarrighuriz-gral@educacion.navarra.es)

