



**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN AL ALUMNADO  
CON PATOLOGÍAS SEVERAS Y CON RIESGO PARA SU SALUD.**

Dº/Dª \_\_\_\_\_

como padre/madre/tutor del alumno/a \_\_\_\_\_

que cursa el nivel \_\_\_\_\_ en el CEIP Benjamín Palencia de  
Albacete y los siguientes teléfonos de contacto.

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_

**SOLICITA:**

1º Que el maestro/ tutor/a/representante docente del centro (en caso de  
ausencia de éste) \_\_\_\_\_

facilite / suministre (rodee lo necesario) la medicación

en la dosis indicada por prescripción médica: \_\_\_\_\_

2º El abajo firmante acompaña esta solicitud con la prescripción facultativa (si  
fuera necesario).

3º El abajo firmante ha decidido por su cuenta y riesgo autorizar al maestro  
/tutor/a/representante del centro indicado anteriormente, a suministrar/facilitar  
(rodee lo necesario) la medicación prescrita, eximiéndole de cualquier  
responsabilidad que conlleve la misma y previa información de cómo se debe  
administrar.

4º El abajo firmante declara que el niño puede tomar esta medicación y que en  
caso de cualquier incidencia debido al suministro de esa medicación él/ella se  
hace el único responsable.

Albacete, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor



***A cumplimentar por el Personal Facultativo***

Dº/Dª \_\_\_\_\_

con Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

Médico/Pediatra del niño @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
facilita la siguiente información necesaria al CEIP Benjamín Palencia de Albacete, para el suministro de la medicación que puede precisar por su patología:

Enfermedad o Patología: \_\_\_\_\_

Nombre de la medicación que precisa: \_\_\_\_\_

Dosis recomendada: \_\_\_\_\_

Forma de administración u otra información que pueda resultar importante para el personal docente: \_\_\_\_\_

Albacete, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_