

CEIP SAN JUAN BAUTISTA

Código de centro: 28030472



Dirección del Área Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
JUVENTUD Y DEPORTE



Comunidad de Madrid

D. /D^a _____

padre/madre/tutor/tutora del alumno/a _____

autorizo al centro, exonerándole de cualquier responsabilidad, a que administre la medicación que necesita prescrita por el médico correspondiente.

MEDICAMENTO:

CANTIDAD:

FRECUENCIA DE TOMA:

También adjunto certificado o informe del médico. (Revisaré la caducidad y el estado de los medicamentos).

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

El padre/La madre/El tutor/La tutora

Fdo:

"Los datos recogidos se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin con que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia pueden dirigirse al teléfono de información administrativa 012"