



## INFORMACIÓN E AUTORIZACIÓN

### PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

#### • DATOS DA PERSOA REPRESENTANTE LEGAL

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Nai/pai/titor do alumno/a \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
Centro: CPR Plurilingüe Nosa Sra. do Pilar de Foz (Lugo)

#### EXPÓN:

#### • SITUACIÓN MÉDICA

PRIMEIRO.- Que o meu/miña fillo/a \_\_\_\_\_  
foi diagnosticado de \_\_\_\_\_  
Adxúntase receita e informe médico.

#### • MEDICAMENTO E INDICACIÓNS

SEGUNDO.- Que como consecuencia do anterior necesita a administración da medicación  
conforme ás indicacións que se sinalan a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### • SOLICITUDE E AUTORIZACIÓN

TERCEIRO.- Que se solicita e autoriza a que se proceda á administración da medicación  
segundo se indica, por parte do titor/profesor/monitor baixo cuxo coidado se atope  
neses momentos.

#### • RESPONSABILIDADE

CUARTO.- O persoal do centro queda exento de calquera responsabilidade derivada da  
subministración do medicamento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**SINATURA**

\_\_\_\_\_  
Nai/pai/titor