

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN EL CENTRO

Don/Doña \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
como padre/madre/tutor del alumno/a \_\_\_\_\_,  
**autorizo** al PERSONAL DEL COLEGIO LOS NARANJOS a suministrar  
la medicación \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_,  
según prescripción médica y según indica la receta que adjunto.

Por la presente, eximo de toda responsabilidad al citado PERSONAL  
DEL COLEGIO LOS NARANJOS.

Fuenlabrada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

*Necesario adjuntar prescripción médica.*