



C/ San Pedro de los Arcos, 14
C.P. 33012 - Oviedo
Tfno. 985 29 73 11
Fax: 985 29 91 35
e-mail: auseva@maristas-oviedo.org
www.maristas-oviedo.org

D. _____, con DNI _____

Dña. _____, con DNI _____

autorizo bajo mi responsabilidad, al equipo de profesores del Colegio Marista Auseva, a administrar la medicación necesaria a mi hijo/a _____ siempre que sea preciso, de acuerdo con las indicaciones médicas.

Firmado:

Firmado:

Información que es obligatorio cumplimentar cada vez que sea necesario administrarle un medicamento al niño/a.

Nombre y apellidos:	
Medicamento:	
Pautas de suministro:	
Fecha:	
Observaciones:	

Asimismo, entienden que es una función que no corresponde a dicho personal y para lo cual no tienen una formación profesional y lo eximen de toda responsabilidad ante cualquier problema que pudiese ocurrir.

Lo firman en Oviedo, a _____ de _____, 202_____