GOBIERNO DE ARAGON

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA LEGAL

D./Dª.: en calidad de tutor/a legal del niño/a

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y por parte de personal no sanitario en el centro docente.

- Que he recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, AUTORIZO que se le administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

En a de de 20

Fdo.: DNI: