



Colegio La Inmaculada



D./Dña....., como padre/
madre/ tutor legal de.....
Alumno/a matriculado/a en este centro escolar en el curso, que padece la
enfermedad....., de la cual acompaño
fotocopia del informe médico correspondiente.

AUTORIZO:

A que se le administre..... en caso de necesidad,
liberando de toda responsabilidad tanto al centro LA INMACULADA como a la
persona que lo administre, en el caso, muy improbable, de que aparezca alguna
complicación relacionada con la administración del mencionado medicamento.

Alcorcón, a.....de.....de 20...

FDO.: Padre/ Madre/ Tutor legal del alumno/a

Teléfonos de contacto:

A la atención de

D.....

Sr./Sra Director/a del Centro de LA INMACULADA



Colegio La Inmaculada

