AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Don/Dña.

_____

con DNI _____ TELÉFONO_____

MADRE/PADRE/TUTOR/FAMILIAR (especificar) _____

DEL ALUMNO/A _____

AUTORIZO AL PERSONAL DE **OPEN CIENCIAS FORMACIÓN SL** PARA QUE LE ADMINISTRE EL SIGUIENTE MEDICAMENTO, PARA LO CUÁL ADJUNTA:

Hoja de tratamiento a seguir por el personal del centro

- Nombre del medicamento.
- Forma de administración y cada cuánto tiempo.
- Dosis.

Me comprometo a aportar la medicación al Open Ciencias Formación SL, claramente identificada con el nombre del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.
Libero de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación.

Después de administrar la medicación deberá llamar al número nde teléfono arriba indicado.

Sevilla a _____ de _____ de 2026

Fdo: LA MADRE/EL PADRE/TUTOR/FAMILIAR

Firmado:_____ _____

Firma del padre /madre /representante legal del alumno/a
(Es necesario adjuntar fotocopia del DNI)

Observación o nota de interés: