

Autorización para administrar medicamentos



Yo D/Dña. _____ con DNI _____ como madre/padre/tutor de:

Nombre alumno/a _____

Autorizo a la Asociación ALTEA (Almería Trastorno del Espectro Autista), con CIF G04859815 y a los trabajadores de dicha asociación que se le administre medicación, durante el periodo de asistencia en el Campamento de Navidad ALTEA, pauta puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso, así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas rutinarias de control y/o tratamiento pautadas POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telemática a la persona designada (profesor/tutor/enfermero/a) con suficiente antelación:

1. Informe médico o copia de la receta. Que indique claramente el:

Nombre del medicamento _____

Dosis _____

Hora a la que debe tomarlo, _____ (1ª toma) _____ (2ª toma)

Duración del tratamiento _____ (fecha fin o última toma)

2. Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el colegio durante el tratamiento, y/o que cada día ira y volverá del colegio a casa.¹

Firma:
.....

Fecha:

