

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS AL/LA MENOR DE EDAD

En aquellas situaciones en las que sea indispensable la administración de medicamentos durante el horario de estancia del/la menor en el Espacio de Conciliación habilitado por el Área de Igualdad del Ayuntamiento, y sólo por prescripción médica demostrable, será imprescindible rellenar la presente autorización.

Da. /D. _____ madre/padre/tutor/a legal de
_____, autoriza al personal encargado de gestionar el Espacio de Conciliación para administrarle la siguiente medicación:

Nombre del medicamento: _____

Hora a la que lo debe tomar: _____

Dosis: _____

Duración del tratamiento: _____

Eximiendo de toda responsabilidad a la persona encargada de la administración del medicamento.

Fecha y Firma del representante Legal

--