

## 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 llenar 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**

