



### AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Don/Doña.....NIF:..... ,  
padre/madre del alumno ..... de .....  
años de edad (curso ..... ), y con domicilio en .....  
..... de Cobeja, informo al CEIP San Juan Bautista de las  
alergias de mi hijo, así como de los síntomas a tener en cuenta para la administración  
del medicamento abajo descrito:

En caso de que cuando se perciban síntomas graves, y si corre peligro su vida,  
AUTORIZO la administración de:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Me COMPROMETO a proporcionar esta medicación en buen estado y dentro de los  
límites de la fecha de caducidad.

Asimismo, EXIMO al profesorado de responsabilidad ante las posibles consecuencias  
de la administración del medicamento.

En Cobeja, a..... de ..... de 20.....

Firmado: .....