

**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICACIÓN Y OTRAS MEDIDAS EN CASO DE ENFERMEDAD CRÓNICA.**

SRA. DIRECTORA DEL IES GUÍA

D/Dña., mayor de edad, con DNI
....., domiciliado en C/.....
del municipio de....., padre/madre/tutor legal (táchese lo que no
proceda) del alumno/a, del curso:..... y con teléfonos de
contacto

QUE APORTANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

INFORME MÉDICO con indicación del medicamento o medidas específicas a aplicar por cualquier persona madura (padre, madre, familiares en 2º o 3º grado, profesores, etc.), que no requiera la presencia del médico, asistente técnico sanitario u otro personal especialista en cada caso.

SOLICITA LA COLABORACIÓN DEL CENTRO Y AUTORIZANDO AL MISMO A QUE SE ADMINISTRE EN CASO DE URGENCIA AL ALUMNO/A, SEÑALADO ANTERIORMENTE, EL MEDICAMENTO INDICADO EN EL INFORME MÉDICO O SE APLIQUE LA MEDIDA CONCRETA QUE SE ESPECIFIQUE EN CADA CASO.

ESPECIFICACIONES DEL INFORME MÉDICO:

1. Patología: _____

2. Actuación que se debe tener en cuenta para evitar la aparición de síntomas:

3. Actuación que se debe tener en caso de aparición de síntomas:

Según las instrucciones indicadas por la Viceconsejería de Educación, la Dirección del IES GUÍA y la familia están de acuerdo en la aplicación de este protocolo. Se hace constar que los progenitores exoneran de responsabilidades al centro y su personal, que de forma voluntaria actuará cumpliendo con lo previsto en el protocolo, al hacerse cargo de administrar la medicación. Asimismo las familias se comprometen a informar al centro (Director, Jefe de Estudios, tutor, etc.) de los cambios o reacciones adversas que ha sufrido el/la menor y que afecten o puedan afectar a su enfermedad.

Guía de Gran Canaria, a de de

Firmas y DNI

FDO:

El Padre o tutor legal

FDO:

La madre o tutora legal

FDO:

El alumno/a mayor de edad

.....