



Rúa Aira do Fonsillón nº4
32005 Ourense
Teléfono: 988 24 20 00
www.luisvivesourense.com
info@luisvivesourense.com

D./Dña _____ con D.N.I _____
y con teléfono _____.

Como padre/madre/tutor del alumno/a _____
Escolarizado/a en el colegio C.P.R Plurilingüe Luis Vives, comunica a la
Dirección del centro y/o tutor/a la necesidad de administración del
medicamento _____
prescrito por su pediatra/especialista, **adjuntando receta médica con dosis y
frecuencia.**

SOLICITO y **AUTORIZO** al colegio, a la administración del medicamento

quedando el Centro y el profesorado **EXENTOS** de toda **RESPONSABILIDAD**
que pueda derivarse de dicha actuación.

En Ourense, a _____ de _____ de 20____

Fdo: _____