



**ANEXO III
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN TIEMPO ESCOLAR (PERSONAL NO SANITARIO)**

Al niño/a _____

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial del producto): _____

- Dosis : _____
- Momento preferente para su administración: _____
- Procedimiento/vía para su administración: _____
- Duración del tratamiento (fecha finalización): _____

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Otras observaciones: _____

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto con el médico en tiempo escolar: _____

Fdo.: Nº Col:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

D/Dña.: _____ de ____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI _____, en calidad de tutor/a legal del niño _____

indica que ha sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración de dicha medicación en el centro docente por personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación al Director del centro docente.

En a de de 2.....

Fdo.: Don / Doña DNI