



**AUTORIZACIÓN AL CENTRO EDUCATIVO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
MEDICACIÓN DE RESCATE ANTE UNA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD  
GRAVE DE MI HIJO/A**

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/ madre del  
alumno/a \_\_\_\_\_ autorizo al  
personal del centro educativo, a **administrar a mi hijo/hija**, en caso de emergencia, el  
contenido de la medicación \_\_\_\_\_

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

**Adjunto informe médico** donde se detalla la enfermedad de mi hijo/hija, la necesidad de intervención urgente en caso de necesidad, el medicamento a administrar y la forma de proceder en su administración.

**Libero** de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación.

Tras la administración de la información se llamará al 112 y al teléfono familiar \_\_\_\_\_

En Toledo, de de 202

FDO: Madre/padre/tutor

***Esta autorización tendrá validez durante todo el periodo de escolarización del alumno/a en el centro. Podrá ser revocado en cualquier momento por parte de la familia.***