

## SOLICITUDE E AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO A O/A NENO/A

Don/Dona: \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_  
e domicilio en \_\_\_\_\_, en  
calidade de pai |, nai |, titor/a |, do  
nen/a \_\_\_\_\_

**SOLICITO e AUTORIZO** aos/ás monitores/as dos Servizos Complementarios de Educación a administración ao/a neno/a anteriormente citado/a do medicamento: \_\_\_\_\_ na dose: \_\_\_\_\_ no horario: \_\_\_\_\_, e eximo de toda responsabilidade ao Concello de Ames e ao monitorado dos Servizos Complementarios de Educación no relacionado coa idoneidade do medicamento.

Ames, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Asdo.: \_\_\_\_\_

*(En ningún caso os monitores/as administrarán un medicamento aos nenos/as sen esta expresa solicitude e autorización por escrito do seu pai/nai/titor/a).*