

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO PARACETAMOL

Con el fin de resolver algunas de las situaciones de salud que habitualmente ocurren durante el horario lectivo y que están relacionadas con la administración de medicamentos, les indicamos algunas medidas adoptadas en el centro escolar y les pedimos que si están de acuerdo firmen la autorización adjunta:

- ❖ El medicamento que contiene el botiquín escolar es el **paracetamol**. Si está de acuerdo, autorice su administración en caso de ser necesario.
- ❖ La dosis que se le administrará a su hijo/a será exclusivamente la autorizada y **solo una vez**. Usted debe acudir lo antes posible a recoger a su hijo/a.
- ❖ Recuerde al médico el horario escolar para que siempre que sea posible no le pauté medicamentos durante el mismo.
- ❖ Cualquier situación con respecto a la administración de este medicamento le será comunicado por teléfono.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

D con DNI nº..... y
D^a..... con DNI nº..... como padres/tutores
legales del alumno/a de años de edad,
matriculado durante el curso escolar 2024/2025 en el centro educativo IES TIERRA DE
CAMPOS, en el curso grupo

Autorizamos al personal del centro donde está escolarizado mi hijo/a, a que en el caso de necesitarlo durante el horario escolar se le **administre PARACETAMOL** con la siguiente pauta:

- ❖ 500 mg

Asimismo, **nos hacemos totalmente responsables**, liberando al Centro de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de este medicamento a nuestro hijo/a.