

NOMBRE DEL NIÑO:

FOTO  
DEL ALUMNO

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

Yo, ..... (padre o tutor), con DNI ..... autorizo al personal de la guardería ..... (profesor o cuidador), a administrar en caso de emergencia una CÁNULA RECTAL DE ESTESOLID DE ..... MG, a mi hijo ..... (nombre del niño).

La técnica de administración y cuándo se le debe administrar se les ha explicado previamente y se les ha facilitado por escrito un plan de actuación que deben seguir en caso de presentar una CONVULSIÓN. La dosis a administrar es de: ..... de la CÁNULA.

En caso de estar ausente el responsable del aula o profesor de mi hijo, podrá administrar esta medicación otra persona de los profesionales del centro, debidamente informada, liberando de toda responsabilidad a la persona que la administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación relacionada con la administración.

Después de su administración deberá llamar al número ..... (teléfono familiar) y al teléfono de emergencias n.º .....

Atentamente,

Firmado: (nombre del padre o tutor) .....

Firmado: (firma del representante del centro educativo) .....

Fecha: .....