AUTORIZACIÓN OBLIGATORIA DE LOS PADRES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Me comprometo a comunicar a la Dirección del Centro la información sobre la salud de mi hijo con respecto a:

1)Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.
2)Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos (adjuntando informe médico).

En caso de que mi hijo/a sufra una enfermedad importante, me comprometo a presentar personalmente al Director/a el informe confidencial de mi hijo/a así como a tenerle informado de cualquier evolución relacionada con su patología.

Declaro depositar si fuera necesario en la Dirección del Centro, los medicamentos con una fotocopia de la correspondiente receta y el informe médico.

En caso de que mi hijo/a presente un cuadro médico particular, me comprometo con ocasión de un viaje o visita escolar a entregarles dicha información confidencial en sobre cerrado, que sólo se abriría en caso de necesidad.

Autorizo a la Dirección del Centro.....y a los acompañantes a tomar las medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mi hijo/a. Esta autorización es también válida para todas las salidas y viajes escolares en los que pudiera participar.

Alumno.....

Firma de los Padres