

ESCUELA "LOS 100 LENGUAJES"  
C/Puerto de la Cruz Verde, 11  
28045 MADRID

D. /Dña. .... con número de  
DNI/NIE ..... padre/madre/tutor del alumno/a  
.....  
nacido el día .....

AUTORIZO AL EQUIPO EDUCATIVO DE LA ESCUELA "LOS 100  
LENGUAJES", para que:

1. Administre el antitérmico .....
2. Con la siguiente dosis .....

Cuando el alumno/a se encuentre con fiebre se avisara a la familia para que venga a recoger al niño/a, solo se administrara el medicamento si la familia va a tardar en llegar, si hay riesgo de complicaciones medicas (p. e. convulsiones febriles) o si la fiebre sube deprisa y es muy alta.

Fdo: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor.