



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

C.P. LA CORREDORIA



COMEDOR ESCOLAR

D/D^a _____ con D.N.I. _____
y domicilio en _____
como padre/madre/tutor del alumno/a _____
del curso _____ grupo _____ del C.P. LA CORREDORIA.

EXPONE que el/la citado/a alumno/a padece las alergias o enfermedades que se citan:

(se adjunta informe médico)

Y, como consecuencia de ello, debe tomar en horario lectivo la siguiente medicación:

SOLICITA que el personal del Centro le administre la medicación descrita anteriormente.

AUTORIZA a que el personal del Centro le administre en horario lectivo la medicación antes citada, eximiéndoles de toda responsabilidad que pueda derivarse de tal situación.

En Oviedo a _____ de _____ de 20 _____

EL PADRE/MADRE/TUTOR

Fdo: _____