



Estimadas familias :

A continuación les indicamos los criterios establecido por el Gabinete Jurídico de la **CECE** (federación autonómica de centros de ensino privado) a partir de lo dispuesto en el Artículo 1903 del Código Civil (sobre la responsabilidad “in vigilando”) y el Artículo 195 del Código Penal que regula el delito de omisión del deber de socorro.

Criterios para casos concretos:

- 1) SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A LOS ALUMNOS DE CARÁCTER PUNTUAL**
(ibuprofeno, paracetamol, acetilsalicílico, etc). , **no se debe administrar ningún medicamento a ningún alumno**, salvo autorización expresa y por escrito de los padres o tutores legales.

- 2) ALUMNOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.** En la práctica los padres aportan un certificado médico sobre la medicación que debe tomar y los autoanálisis que se deben realizar. En este caso el personal deberá seguir las siguientes **pautas:**
 - .- Los docentes pueden administrar medicamentos previa presentación de receta o informe médico que especifique la necesidad de administrar el fármaco, su dosis y frecuencia.

 - .- Solamente será obligatoria dicha administración por vía oral (píldoras, jarabes, etc.). No será obligatoria su administración por vía parental (inyectables) ni supositorios.

 - .- No es obligatoria la realización de curas o cambio de vendajes, salvo que sean actuaciones simples (colocar una tirita, desinfectar una herida).

Les informamos que la autorización está en la página web en el apartado Información de Centro.

Atentamente



MonteGrande
COLEGIO

Director del Centro : D.Simón Blanco Díez

Autorización de los padres liberando de responsabilidad por la atención sanitaria del alumno/a.

D./Dña. _____,
(Nombre y apellidos)

D.N.I. _____ como padre/madre del alumno/a:

_____ de _____
(Nombre y apellidos) (Nivel)

que padece _____, autorizo que (indicar actuación
concreta, etc) _____ en caso de

necesidad, liberando de toda responsabilidad a la persona que

administre _____, en el caso, muy
(Nombre del medicamento)

improbable, de que aparezca alguna complicación relacionada con la
administración de :

(Nombre medicación +dosis+ hora)

Fecha _____ Firma:

A/A :

Sr. Director del Centro : D.Simón Blanco Díez