



## Ayuntamiento de Pliego

---

### PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y PRIVADA

#### "AULA MATINAL 2017"

#### AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN RESPONSABLE:

D./Dña.....con D.N.I.....,  
en calidad de padre/madre/tutor del alumno/a.....

AUTORIZO a que, los monitores del servicio de conciliación administren a mi hijo/a los medicamentos entregados, durante su estancia en el servicio de conciliación.

Asimismo, me hago RESPONSABLE de la medicación a suministrar que se hará conforme a la pauta siguiente:

Hora de la toma:

Dosificación:

En Pliego,....., de..... de 2017

Fdo: .....

*La presente autorización de la familia tiene carácter puntual.  
Siempre habrá que adjuntar prescripción facultativa.*