



SERVICIO MÉDICO SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

"JUNTOS CONSTRUIMOS PUENTES"

El abajo firmante D/D^a _____, padre/madre/tutor/a del
alumno/a _____ del curso _____

AUTORIZA a su tutor/a D./ D^a _____ y/o al facultativo de este centro a administrar la
medicación que entrega, y según la posología señalada más abajo:

FECHA/S PARA SU ADMINISTRACIÓN: _____ HORA/S _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ DOSIS (cantidad): _____

Fecha: _____ Firmado: _____

Se ruega rellene esta solicitud con letra clara y especificando al máximo la dosis.