



COLEGIOS
SANTA MARIA DEL BOSQUE



CONCERTADO
EDUCACIÓN INFANTIL
PRIMARIA Y ESO
BACHILLERATO PRIVADO

 **Comunidad de Madrid**
28014491

SERVICIO MÉDICO

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO

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

AUTORIZA a su tutor/a D/D^a _____ y/o facultativo de este
centro a administrar la medicación que entrega, 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 especificando al máximo la dosis)