



## SERVICIO MÉDICO SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

*PUEDES CONTAR CONMIGO*

---

El abajo firmante D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor/a del  
alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_

AUTORIZA a su tutor/a D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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.