



**COLEGIOS
SANTA MARIA DEL BOSQUE**

Cambridge English
Exam Preparation Centre

CONCERTADO
EDUCACIÓN INFANTIL
PRIMARIA Y ESO
BACHILLERATO PRIVADO

 CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
JUVENTUD Y DEPORTE
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) _____

Se adjunta informe médico con las pautas de administración de medicamentos.

Fecha _____ Firmado _____

(Se ruega rellene esta solicitud con letra clara especificando al máximo la dosis)

Asumiendo, con esta autorización, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y
eximiendo de responsabilidades al centro y a quienes lo dispensen en su nombre.