



**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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ padre/madre/tutor  
del alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_

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