



SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Datos de control: (a rellenar por el centro)

FECHA DE PRESENTACIÓN:	
MATRÍCULA:	

Datos personales del ALUMNO/A:

(Escribir en MAYÚSCULA)

1º APELLIDO:		2º APELLIDO:			
NOMBRE:		CURSO:		GRUPO (A o B):	

Yo D/ña. _____ con DNI nº _____
(padre/madre/tutor/a) del alumno/a, solicito que se le administre a mi hijo/a el siguiente medicamento _____
_____, durante los días _____ del mes de _____,

de la siguiente forma:

Hora: _____

Cantidad: _____

Observaciones:

Fdo:

La Laguna a ____ de _____ de 20____.



DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

D^a/D. _____ con

DNI _____, como madre/padre o tutor legal de _____

_____ autorizo

_____. Así mismo, soy

consciente de la inexistencia de personal con preparación específica, por lo que libero de toda responsabilidad al Colegio Ntra. Sra. Del Buen Consejo, en el caso, muy improbable, de que aparezca una complicación relacionada con la administración del medicamento.

Fecha:

Firma:

Sr./Sra. Director/a del Centro