



COLEGIO AGUSTINIANO
Centro religioso concertado y privado
Pez Austral, 13 bis
28007- MADRID

Gabinete médico y Enfermería

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO

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

AUTORIZA a que se le administre la medicación que entrega, y según la pauta y posología señaladas a
continuación: FECHA/S PARA SU ADMINISTRACIÓN: _____ HORA/A _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIS (cantidad) : _____

Fecha: _____ Firmado: _____

LES RECORDAMOS, QUE CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE, DEBERÁ ADJUNTARSE A ESTA
SOLICITUD **LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEL TRATAMIENTO** (receta, informe...)

POR FAVOR, RELLENE CON LETRA CLARA Y DÉ CORRECTAMENTE LAS INDICACIONES DE MODO QUE NO HAYA LUGAR A
ERROR.LA MEDICACIÓN SE DEVOLVERÁ A TRAVÉS DEL ALUMNO/A AL FINALIZAR LA JORNADA ESCOLAR, SALVO QUE
INDIQUEN LO CONTRARIO.