



CEU

Colegio San Pablo

Sanchinarro

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS ENFERMERÍA COLEGIO

Yo, _____

con DNI _____ en calidad de padre/madre/tutor del alumno

_____ curso _____

autorizo a la enfermería del colegio para administrar:

Medicamento:	
Dosis:	
Horario:	
Fecha inicio:	
Fecha finalización:	

Por todo lo anterior, los padres solicitan y a su vez autorizan a administrar dicha medicación durante el horario escolar.

NOTA: Ha de adjuntar la receta del médico. El medicamento será entregado en su caja correspondiente y con el prospecto.

Fecha: _____

Firma madre

Firma padre