

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:	
NOMBRE:	
CURSO:	

DATOS DEL PADRE/TUTOR:

APELLIDOS:	
NOMBRE:	
DNI:	

EXPONE

PRIMERO

QUE MI HIJO/A HA SIDO DIAGNOSTICADO DE _____
SE ADJUNTA RECETA O INFORME MÉDICO.

SEGUNDO

QUE COMO CONSECUENCIA DE LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, NECESITA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO _____
CONFORME A LAS INCACIONES QUE SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN:

DOSIS A ADMINISTRAR	
FORMA DE ADMINISTRACIÓN	
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	DESDE EL DÍA ____ HASTA EL DÍA ____ A LAS ____ HORAS, TAL Y COMO SE INDICA EN LA RECETA/INFORME MÉDICO.
HORA	

D./Dña. _____ en calidad de padre/madre/tutor del alumno/a referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, se proceda a la administración de la medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del profesional bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

Fdo.