

**SOLICITUD FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN )  
A ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR**

D. / Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
padre o madre del alumno / a \_\_\_\_\_  
que se encuentra matriculado en el Centro \_\_\_\_\_  
de la localidad de \_\_\_\_\_ durante el Curso Escolar \_\_\_\_\_

**E X P O N E**

Que su hijo / a anteriormente citado ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_  
habiéndosele recomendado por el servicio médico que le atiende la administración de la  
siguiente medicación / cuidados, que precisa se le administre incluso durante el horario escolar

<b>Medicamento / Cuidado</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia</b>

Por lo anterior

**S O L I C I T A**

Del Centro anteriormente citado la administración de dicha medicación / cuidado especial  
durante el tiempo de permanencia de mi hijo /a en el Centro Escolar. Así mismo

**A U T O R I Z O**

Al personal de dicho Centro educativo para que suministre la medicación mencionada a mi hijo  
/ a, relevándole de toda responsabilidad respecto a los efectos de su aplicación, ya que los  
mismos han sido recetados y prescritos por el médico correspondiente y a cuyos efectos se  
acompaña informe médico de prescripción.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

DIRECTOR / A DEL CENTRO \_\_\_\_\_