



Gobierno  
de Canarias

CEIP M<sup>º</sup> JESÚS RAMÍREZ DÍAZ  
C/ Cánovas del Castillo n<sup>º</sup> 67  
Tlf: 928-69-51-52

## SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN

Nombre del alumno/alumna: \_\_\_\_\_

Del curso **INFANTIL** de

**PRIMARIA**

Por medio de la presente y debido a la necesidad de administrar a nuestro hijo/a una dosis de la medicación prescrita por su médico en horario escolar, solicitamos la ayuda del personal del centro autorizándolos para administrar la dosis correspondiente del medicamento que a continuación se señala, eximiéndoles de cualquier responsabilidad fruto de dicha actuación.

Adjuntamos la documentación médica correspondiente.

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

DNI. del padre:  DNI de la Madre:

Fdo.: del padre: \_\_\_\_\_ Firma de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_