



C/ Paco Maañón, 12
27780 FOZ (Lugo)
Tfno.: 982 140 028
Fax: 982 140 426

Correo electrónico: cpr.martinez.otero@edu.xunta.es
www.martinezotero.es

SOLICITUDE DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

D./Dna.- _____ ,
con DNI _____ en calidade de PAI NAI TITOR/A LEGAL
do alumno/a _____
de 1º 2º 3º 4º 5º 6º curso de ED. INFANTIL ED. PRIMARIA ESO,
solicita a administración por persoal do centro encargado da atención do alumno/a,
coñecendo e aceptando os riscos derivados da súa actuación, por non tratarse de persoal
sanitario, e quedando o centro e o profesorado exentos de toda responsabilidade que
puidera derivarse de dita actuación, da seguinte medicación:

NOME DO MEDICAMENTO: _____

DOSE: _____

HORA OU MOMENTO NO QUE DEBE SER ADMINISTRADO: _____

ADMINISTRARASE DESDE O DÍA _____ ATA O _____

A medicación terá que ser subministrada pola familia en todo caso.

E para que conste, a efectos informativos, asino o presente.

_____, _____ de _____ de 20____

Asdo _____