



colegio **santamaría**

Avda. Tres Cruces, 10 • 46014 Valencia

Tel.: 96 379 23 55 • Fax: 96 383 76 16

[www.santamariahcm.es](http://www.santamariahcm.es)

## NOTIFICACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña .....  
con DNI ....., padre/madre o tutor/a legal del  
alumno/a .....  
matriculado en el curso .....

EXPONE:

Que ante la necesidad de que el/la alumno/a, tome la medicación prescrita por el médico durante el horario escolar, me hago responsable de la misma hasta que presente el informe o notificación oficial firmada por el facultativo.

Deberá tomar la siguiente medicación de acuerdo a la pauta establecida:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	
Hora en que se debe administrar:	Dosis/Cantidad:

Valencia a ..... de ..... de .....

Fdo: D./Dña. ....  
(Padre/madre/representante legal)

