



*Colegio Sagrado Corazón*  
PP. CAPUCHINOS

## **RETIRADA DE MEDICACIÓN DEL GABINETE DE ATENCIÓN SANITARIA**

Yo, ..... , con DNI..... ,  
padre /madre/tutor del alumno/a.....,  
deseo retirar la medicación de ..... que había  
facilitado al centro.

Fecha y Firma