

ANNEX V

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR

Sr./Sra. _____
amb NIF: _____, amb domicili als efectes de notificació a _____

localitat _____ CP _____ província _____
telèfons _____ / _____ / _____
correu electrònic _____
pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna _____
_____ del curs _____ grup _____
del centre educatiu _____
de la localitat de _____

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr./Sra. _____
_____ col·legiat/col·legiada núm. _____ de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en horari escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari, i

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI): informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

_____, _____, de/d' _____, 20____

Signat _____

NIF _____