



**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



GENERALITAT  
VALENCIANA

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 \_\_\_\_\_