

PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra amb NIF.....,
amb domicili en, localitat,
CP, província de/d', amb
telèfons / / en qualitat de
pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna

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

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona
responsable de la direcció del centre docent.

Vila-real, a de de 20

Signat: NIF: