



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 \_\_\_\_\_