

ANEXO V

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL
Y
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN
U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR**

Sr./Sra. _____
con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en

localidad _____ CP _____ provincia _____
teléfonos _____ / _____ / _____
correo electrónico _____
padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna
_____ del curso _____ grupo _____
del centro educativo _____
de la localidad de _____

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

colegiado/colegiada núm. _____ de todos los aspectos relativos a
la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da
su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no
sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los
medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la
prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.



GENERALITAT
VALENCIANA

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

_____, _____, de _____, 20____

Firmado _____

NIF _____

ANNEX IV**INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR**

DADES DE L'ALUME/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Medicació (nom comercial del producte)	Dosi	Hora d'administració	Procediment/ via per a la seua administració	Duració del tractament	Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració del medicament

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat

Núm. col·legiat/col·legiada: