

## **ANEXO VII - CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

Sr/Sra: \_\_\_\_\_

con domicilio en: \_\_\_\_\_

teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

y NIF: \_\_\_\_\_, en calidad de padre, madre o tutor/a legal del

alumno/a: \_\_\_\_\_

Indica que ha sido informado por el médico/a: \_\_\_\_\_

Colegiado: \_\_\_\_\_ de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal o sanitario.

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firmado:

NIF: