

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

El/La Sr./Sra.

amb NIF: en qualitat de (pare/mare/tutor/a):

amb domicili a efectes de notificació en:

localitat: província: CP:

telèfons: correu electrònic:

pare, mare, tutor/a legal del/de la

alumne/a: 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/a l'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 subministrar 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).

A , a de de 20

Signatura de la mare / pare / tutor/a legal

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

El/La Sr./Sra.

con NIF: en calidad de (padre/madre/tutor/a):.....

con domicilio a efectos de notificación en:

localidad: provincia: CP:.....

teléfonos: correo electrónico:

padre, madre, tutor/a legal del/de la alumno/a:.....

del curso: grupo:

del centro educativo: de la localidad de:

Indica que ha sido informado/a por el médico 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.

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).

En , a de de 20

Firma de la madre / padre / tutor/a legal