



CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT

CEIP ALMASSAF - Passeig del Parc s/n - Almussafes

Codi: 46001357

Telèfon: 96 171 90 60

E-mail: 46001357@edu.gva.es

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. _____ pare, mare,
tutor / tutora legal de l'alumne/alumna _____
del curs _____ grup _____ indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la
metgessa, Sr./Sra. _____
dels efectes de l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a i **SOL·LICITA** a la
direcció del centre educatiu que dispose de les mesures per a administrar-la dins del seu
horari escolar.

Medicació (nom)	Dosi	Hora administració	Procediment	Duració/dies	Indicacions específiques

IMPORTANT: Cal aportar la medicació i la Prescripció Mèdica d'aquesta. També ha de
ser marcada amb el nom de l'alumne i la dosi a administrar.

Esta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la Direcció del centre.

_____, _____, de _____, 20____

Nom i Signatura: _____

NIF _____