

**ANEXO 1: MODELO AUTORIZACIÓN 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/a legal del alumno/a (nombre y apellidos): _____

del curso _____ grupo _____ del centro
docente

_____ de la localidad de

y con número de tarjeta sanitaria (SIP) del
alumno/a _____

da su consentimiento para administrar la medicación / la atención específica, según la
prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan en el centro docente por el personal
no sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro docente 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): copia historia de salud y prescripción
médica para la administración de medicamentos en horario escolar

Fecha, localidad y firma



ANNEX 1: MODEL AUTORITZACIÓ 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 a l'efecte de notificació en _____

Localitat _____ CP _____ província _____

Telèfons _____ / _____ correu electrònic _____

pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a (nom i cognoms): _____

del curs _____ grup _____ del centre docent

de la localitat de

i amb número de targeta sanitària (SIP) de l'alumne/a _____

dona el seu consentiment per a administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i les indicacions mèdiques que s'adjunten en el centre docent pel personal no sanitari, i

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre docent que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i les indicacions mèdiques que s'adjunten.

Esta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATÒRIA): còpia història de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar

Data, localitat i signatura