



**CONSENTIMENT : SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS DURANT EL VIATGE FI
CURS 6é (del 8 al 11 de juny de 2026)**

Sr/Sra:.....amb NIF:.....,
pare, mare, tutor/tutora legal de l'alumne/a:.....
del curs:.....

Indica que ha sigut informat pel metge /metgessa, de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en horari escolar i dona el seu consentiment per a la seua administració pel personal no sanitari (professorat i/o encaregada de menjador), desvinculant al centre al centre de qualsevol possible reacció al·lèrgica.

El medicament ha de portar en la caixa el nom de l'alumne o alumna i el curs.

SOL.LICITA

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

- NOM del MEDICAMENT: _____
- DOSIFICACIÓ: _____
- HORARI DE LA TOMA: _____
- OBSERVACIONS(refrigeració, altres): _____

RAFELBUNYOL, _____, de _____, 202__

SIGNAT _____

NIF/DOCUMENT: _____



CONSENTIMIENTO: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL VIAJE DE FIN DE CURSO DE 6º (del 8 al 11 de junio de 2026)

Sr/Sra:.....con NIF:.....,
padre, madre, tutor/tutora legal del alumno/a:.....
del curso:.....

Indica que ha sido informado por el/la médico, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en horario escolar y da su consentimiento para su administración por el personal no sanitario (profesorado y/o encargada de comedor), desvinculando en el centro en el centro de cualquier posible reacción alérgica.

El medicamento tiene que llevar en la caja el nombre del alumno o alumna y el curso.

SOLICITA

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

- NOMBRE del MEDICAMENTO: _____
- DOSIFICACIÓN: _____
- HORARIO DE LA TOMA: _____
- OBSERVACIONES(refrigeración,otras)_____

RAFELBUNYOL,_____, de _____,202__

FIRMA_____

NIF/DOCUMENTO:_____