



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. _____ amb

NIF: _____, amb domicili als efectes de notificació a

localitat _____ CP _____ província _____

telèfons _____ / _____ / _____

correu electrònic _____

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna _____

_____ del curs _____ grup _____ del
CEIP BENADRESSA de Castelló

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/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 administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions
mèdiques que s'adjunten. Protocol atenció sanitària Annex V. Consentiment informat del pare,
mare o tutor/a legal i sol·licitud a la persona responsable de la direcció del centres per a
subministrar medicació o una altra atenció sanitària en horari escolar

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).

_____, _____, de/d' _____, 20____

Signat _____ NIF _____