



CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra..... amb NIF,
amb domicili en, localitat,
CP, província de/d', amb telèfons
..... / / amb qualitat de pare,
mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, Sr/Sra.
..... , col·legiat/col·legiada número,
de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en
temps escolar i dona el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu
pel personal no sanitari.

Aquesta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona
responsable de la direcció del centre docent.

Castelló, a de de 20

Signat: DNI:



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra..... con NIF,
con domicilio en, localidad,
CP, provincia de, con teléfonos
..... / / con calidad de padre, madre,
tutor/a legal del alumno/alumna

Indica que ha sido informado por el médico o la médica, Sr/Sra.
....., colegiado/colegiada número,
de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al
alumno/alumna en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el
centro educativo por el personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada por medio de comunicación escrita a la persona
responsable de la dirección del centro docente.

Castelló, a de de 20

Firmado: DNI: