

Instrucción: 15/2024/11/7

**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