

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