



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 de/d' _____,
telèfons _____,
correu electrònic _____;
en qualitat de mare, pare, tutor/tutora legal de l'alumne/alumna
_____, del curs ____ grup
____, del centre educatiu _____, de la localitat de
_____.

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 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 / atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Aquesta autorització podrà ser revocada per mitjà de 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 _____ de 20____

Signat: _____ amb NIF _____