



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació, Cultura,
Universitats i Ocupació

Col·legi d'Educació Infantil
i Primària **Pablo Neruda**

Carrer de Joaquim Benlloch, 36
46026 - València

☎ 96 120 73 50

@ 46017468@edu.gva.es

<https://portal.edu.gva.es/ceippabloneruda/>

- 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

EN/NA _____, AMB
NIF/NIE NÚM. _____, AMB DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIÓ A _____
_____, TELÈFONS
_____ I CORREU ELECTRÒNIC
_____, COM A PARE, MARE O TUTOR/A DE
L'ALUMNE/ALUMNA _____
DEL CURS _____ DEL CEIP PABLO NERUDA DE VALÈNCIA, **INDICA** QUE HA SIGUT
INFORMAT/ADA PEL METGE/METGESSA, SR./SRA. _____
_____, COL·LEGIAT/ADA 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 PER 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.

AQUESTA AUTORITZACIÓ PODRÀ SER REVOCADA PRÈVIA COMUNICACIÓ **ESCRITA** A LA PERSONA
RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE EDUCATIU.

DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA (**OBLIGATORI**): INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A
L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR, EMPLENAT PEL METGE/METGESSA (ANNEX IV).

EN _____, A ____ DE/D' _____ DE 20____.

SIGNAT:

NIF/NIE:



- ANEXO V -

CONSENTIMIENTO INFORMADO 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

DON/DOÑA _____, CON
NIF/NIE NÚM. _____, CON DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN EN _____
_____, TELÉFONOS
_____ Y CORREO ELECTRÓNICO
_____, COMO PADRE, MADRE O TUTOR/A DEL
ALUMNO/ALUMNA _____
DEL CURSO _____ DEL CEIP PABLO NERUDA DE VALENCIA, **INDICA** QUE
HA SIDO INFORMADO/A POR EL MÉDICO/A, SR./SRA. _____
_____, COLEGIADO/A NÚM. _____, DE TODOS
LOS ASPECTOS RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA AL ALUMNO/ALUMNA EN
HORARIO ESCOLAR, Y DA SU CONSENTIMIENTO PARA SU ADMINISTRACIÓN EN EL CENTRO EDUCATIVO POR
PERSONAL NO SANITARIO, Y **SOLICITA:**

A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO, QUE ARBITRE LOS MEDIOS
NECESARIOS PARA ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN / LA ATENCIÓN ESPECÍFICA, SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN Y
INDICACIONES MÉDICAS QUE SE ADJUNTAN.

ESTA AUTORIZACIÓN PODRÁ REVOCARSE PREVIA COMUNICACIÓN **ESCRITA** A LA PERSONA RESPONSABLE DE
LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO.

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA (**OBLIGATORIA**): INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR, RELLENADA POR EL MÉDICO/A (ANEXO IV).

EN _____, A ____ DE _____ DE 20____.

FIRMADO:

NIF/NIE: