

Protocol d'atenció sanitària del CEIP Ramon Esteve

Annex V. CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I SOL·LICITUD A 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 (carrer, plaça, etc) _____
de _____ CP _____ província _____, amb els telèfons de
contacte _____ / _____ / _____, correu
electrònic _____, com a pare, mare, tutor/a legal de
l'alumne/alumna _____ del curs de
_____ del CEIP Ramon Esteve de La Pobla del Duc

Indica

que ha sigut informat/ada pel metge/metgessa, Sr./Sra. _____,
col·legiat/col·legiada 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 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/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 docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- informe de salut
- prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV)

La Pobla del Duc, _____, de/d' _____ de 20____.

Signat el pare, mare, tutor/a,

Nom i cognoms _____ NIF _____