



**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**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
 con NIF: \_\_\_\_\_, con domicilio a los efectos de notificación en  
 \_\_\_\_\_  
 localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
 teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 correo electrónico \_\_\_\_\_  
 padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna  
 \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_  
 del centro educativo \_\_\_\_\_  
 de la localidad de \_\_\_\_\_

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.  
 \_\_\_\_\_  
 colegiado/colegiada núm. \_\_\_\_\_ de todos los aspectos relativos a  
 la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da  
 su consentimiento para su administración en el centro educativo por el 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 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):** informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_



**ANEXO IV**  
**INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE**  
**MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR**

DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicación (nombre comercial del producto)	Dosis	Hora de administración	Procedimiento/ vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado

Núm. colegiado/colegiada: