

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.



GENERALITAT
VALENCIANA

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 _____