

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra. _____,
amb domicili a _____,
telèfons de contacte . _____/_____ i NIF . _____.,
en qualitat de pare, mare o tutor/tutora legal de l'alumne/alumna .

Indica que ha sigut informat pel metge o la 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 temps escolar i dóna el seu
consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no
sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la
persona responsable de la direcció del centre docent.

_____, _____, de _____, 20____

Signat: _____

NIF: _____