

## 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: \_\_\_\_\_