

## ANNEX V

### CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL PER A ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR

En/Na. ...., amb NIF .....,  
amb domicili als efectes de notificació a .....  
localitat....., CP ....., província de.....  
telèfons ...../...../.....  
correu electrònic .....

pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna .....,  
del curs..... grup....., del CEIP Doctora Anna Lluch d'Alfara del Patriarca.

Indica que ha sigut informat/da pel metge/per la metgessa, En/Na.....  
.....col·legiat/da núm.....  
de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en horari  
escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal  
no sanitari.

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 la prescripció mèdica per a l'administració de medicaments realitzat pel metge/ssa.

Alfara del Patriarca, ..... , de ..... , 20...

Signat.....

NIF.....