

## CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra..... amb NIF .....,  
amb domicili en ....., localitat .....,  
CP ....., província de/d' ....., amb telèfons  
..... / ..... / ..... en qualitat de pare,  
mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna .....

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, Sr/Sra. ....  
....., col·legiat/col·legiada número .....,  
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.

Castelló, a .... de ..... de 20 ....

Signat: ..... NIF: .....

**A/AT DIRECTOR DEL CEIP GAETÀ HUGUET**