

**CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I
SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL
CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ
SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR**

Sr./Sra. _____
amb NIF: _____, amb domicili als efectes de notificació a _____
localitat _____ CP _____ província _____
telèfons _____ / _____ / _____
correu electrònic _____ pare, mare, tu tor / tu tora legal de l'alumne/a
_____ del
curs _____ grup _____ de l'IES Benaguasil, de dita localitat,

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

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció de l'IES de Benaguasil que arbitre els mitjans neces-
saris per a administrar la medicació / l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions
mèdiques que s'adjunten.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de
la direcció de l'IES Benaguasil.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI): informe de salut i prescripció mèdica per a
l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

_____, _____, de/d' _____ de 2022

Signat _____ NIF _____