



ANNEX V
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, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna _____
 _____ del curs _____ grup _____
 del centre educatiu _____
 de la localitat de _____

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per 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 horari escolar i dóna 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 del centre educatiu que arbitre els mitjans
 necessaris 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

