

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Y

SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN

U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR

Sr./Sra.

con NIF: , con domicilio a los efectos de notificación en

localidad CP provincia

teléfonos , ,

correo electrónico

padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna:

del curso

grupo

del centro educativo

de la localidad de

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

colegiado/colegiada núm. de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

En , a de de 20

Firmado

NIF/NIE