

## 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. [REDACTED]

con NIF: [REDACTED], con domicilio a los efectos de notificación en

[REDACTED] localidad [REDACTED] CP [REDACTED] provincia [REDACTED]

teléfonos [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]

correo electrónico [REDACTED]

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

[REDACTED] del curso [REDACTED] grupo [REDACTED]

del centro educativo [REDACTED]

de la localidad de [REDACTED]

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

[REDACTED] colegiado/colegiada núm. [REDACTED] 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 [REDACTED], a [REDACTED] de [REDACTED] de 20 [REDACTED]

Firmado [REDACTED] NIF/NIE [REDACTED]