



ENSENYAMENT SECUNDARI, BATXILLERAT I CICLES FORMATIUS
Avda. Primer de Maig nº4 46100 Burjassot (València)
Telf. 96 120 61 45 Codi del Centre: 46017501
e-mail: 46017501@gva.es www.iesfmontseny.es



Unió Europea
Fons social europeu
L'FSE inverteix en el teu futur



GENERALITAT
VALENCIANA
Conselleria d'Educació,
Investigació, Cultura i Esport



GOBIERNO
DE ESPAÑA
MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y FORMACIÓN PROFESIONAL



Erasmus+

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. _____ 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 responsable de la direcció del centre docent.

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

A _____ a _____ de/d' _____ de 20 _____

Signat _____ NIF/NIE _____