

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

Sr/Sra _____

amb NIF: _____, amb domicili a efectes de notificació a _____

localitat _____ CP _____ província _____

telèfons _____ / _____ / _____

correu electrònic _____

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/a _____

_____ del curs _____ grup _____

del centre educatiu IES Jaume I de la localitat de Borriana.

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr/Sra _____

col·legiat/col·legiada n. _____ 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 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.

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

_____, _____ de/d' _____, 20 _____

Signat _____

NIF _____