

**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 _____

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 del informe adjunto:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicación (nombre comercial del producto)	Dosis	Hora de administración	Procedimiento/ vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento

(SIGUE DETRÁS)

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe emitido por el personal sanitario de su Centro de Atención Primaria y/o Especializada de referencia donde se recogen estos aspectos.

_____ , _____, de _____, 20_____

Firmado _____

NIF _____