



IES MARINA BAIXA
 C/ Dr. Fleming 3. 03570 La Vila Joiosa (Alacant)
 Telèfon: 966816090 Fax: 966816091
 03015181@gva.es <http://mestreacasa.gva.es/web/iesmarinabaixa>
 Codi Centre: 03015181



ANNEX V
CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL
|
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.

_____ de tots els aspectes relatius

al'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 al'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

_____, _____, de/d' _____, 20__

Signat _____

NIF _____



IES MARINA BAIXA
 C/ Dr. Fleming 3. 03570 La Vila Joiosa (Alacant)
 Teléfon: 966816090 Fax: 966816091
 03015181@gva.es <http://mestreacasa.gva.es/web/iesmarinabaixa>
 Codi Centre: 03015181



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 nosanitario, 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).

_____, _____, de _____, 20____

Firmado _____ NIF _____