

SECCIÓ DE L'IES JOAN FUSTER A SOLLANA

Codi: 46022919

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DELS RESPONSABLES LEGALS

Sr/Sra	<input type="text"/>	DNI/NIE/PASS.	<input type="text"/>		
Domicilia a efectes de notificació					
Adreça	<input type="text"/>	Localitat	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>
Telèfons	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correu electrònic	<input type="text"/>				
Responsable legal de:					
Alumne/a	<input type="text"/>				
Centre	Secció de l'IES Joan Fuster a Sollana	Codi	46022919		
Curs i grup	<input type="text"/>	Localitat	Sollana		

Indica que ha estat informat pel metge o la metgessa:

Facultatiu que prescriu el tractament	<input type="text"/>				
Número col·legiat	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>		

De tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Aquesta autorització podrà ser revocada mitjançant la comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Signat,
El representant legal

Sollana,

Poseu data