



JOSE BLAT GIMENO

C/ Dels Jocs s/n, 46114
Vinalsa. Tlf.:961205320
46014108@edu.gva.es

CONSENTIMENT INFORMAT del progenitor/a o tutor/a legal:

En/Na _____
amb domicili a _____ i telèfon de contacte
_____, en qualitat de progenitor/a o tutor/a legal de
l'alumne/a _____

INDICA que ha sigut informat per metge o metgessa _____, col·legiat/da
núm _____ de tots els aspectes relatius a l'administració de la
medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua
administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de
la direcció del centre.

Vinalsa, de _____ de 20____

Signat: Progenitor 1

Progenitor 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO del progenitor/a o tutor/a legal:

Sr/sra _____
con domicilio en _____ y teléfono de
contacto _____ en calidad de progenitor/a o tutor/a legal del
alumno/a _____

INDICA que ha sido informado por el médico/a, _____
colegiado/a con núm _____ de todos los aspectos relativos a la administración de
la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su
administración en el centro educativo por parte de personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada por medio de comunicación escrita a la persona responsable
de la dirección del centro.

Vinalsa, de _____ de 20____

Firmado: Progenitor 1

Progenitor 2: