

**ANEXO VII**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL**

**Sr/Sra.....**

**Con domicilio en.....**

**Teléfonos de contacto.....**

**Y NIF....., en calidad de padre, madre o tutor/a legal del alumno/.....**

**Indica que ha sido informado por el médico/por la médica, Sr/Sra....., colegiado número....., 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 el personal no sanitario.**

**Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro escolar.**

**En.....a.....de.....20..**

**Firmado.....NIF.....**

**(Anexo extraído de la Resolución de 1 de septiembre de 2016 de Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública)**