



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 en

\_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ teléfonos \_\_\_\_\_

correoelectrónico \_\_\_\_\_

padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna

\_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_ del

colegio La Inmaculada de Daya Nueva (Alicante).

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

\_\_\_\_\_ de todos los aspectos  
colegiado/colegiada núm. \_\_\_\_\_  
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 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.

Daya Nueva, de \_\_\_\_\_, 20

Firmado \_\_\_\_\_