

## ANEXO V 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/tutora legal del alumno/

alumna \_\_\_\_\_

**Indica que ha sido informado 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/alumna en tiempo 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 para administrar la mediación /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)**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_