

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 _____