

## **CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL**

En/Na ..... amb DNI/NIE .....  
amb domicili en..... , província de  
Castelló, amb telèfons ..... / ..... / .....  
amb qualitat de pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a.....  
.....

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa,  
Sr/Sra.....,  
col·legiat/col·legiada número .....

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 docent.

Castelló, a ..... de ..... de 20 .....

Signat: ..... NIF: .....

**PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR**

El/la menor ha de rebre en horari escolar le medicació següent:

ALUMNE/A: .....

MEDICACIÓ (nom comercial del producte) .....

.....  
DOSI: .....

HORAD'ADMINISTRACIÓ:.....

.....  
PROCEDIMENT PER A LA SEUA ADMINISTRACIÓ: .....

.....  
.....

DURACIÓ DEL TRACTAMENT:.....

.....

INDICACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ, CUSTÒDIA, O  
ADMINISTRACIÓ DEL MEDICAMENT:

.....  
.....  
.....

RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ I ALTRES OBSERVACIONS:

.....  
.....

FACULTATIU QUE PRESCRIU EL TRACTAMENT:.....

.....

DATA: .....

TELÈFON DE CONTACTE DEL CENTRE DE SALUT DE REFERÈNCIA:

.....

SIGNAT:..... NÚM. COL·L.....

**SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER  
A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR**

En/Na ..... amb  
DNI/NIE..... amb domicili als efectes de notificació  
en ....., localitat .....,  
CP....., província de Castelló, amb  
telèfons ..... / ..... / ..... i correu  
electrònic.....  
...., PARE / MARE / TUTOR / TUTORA de  
l'alumne/a .....  
..... del curs .....,grup ....., del centre  
educatiu CEIP MANEL GARCIA GRAU de la localitat de CASTELLÓ.

**SOL·LICITA**

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació/l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar
- Consentiment informat.

Castelló, a .... de ..... de 20 ....

Signat: ..... NIF: .....