

ANEXO

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.

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

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

Firmado:.....NIF.....

