

ANNEX V

**CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I SOL·LICITUD A
LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR
MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR**

Sr/Sra. amb NIF,
amb domicili als efectes de notificació en,
localitat....., CP, província de/ d'.....,
telèfons/...../.....
correu electrònic
pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna,
del curs..... grup....., del CEIP POETA PLA Y BELTRÁN de la
localitat d'Ibi,

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.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Documentació que s'aporta (**OBLIGATORI**):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI).

Data:

Signat..... NIF.....