

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

Sr./Sra. _____
amb NIF: _____, amb domicili als efectes de notificació a _____

localitat _____ CP _____ província _____

telèfons _____ / _____ / _____

correu electrònic _____

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna _____

_____ del curs _____ grup _____

del centre educatiu _____

de la localitat de _____

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr./Sra.

col·legiat/col·legiada núm. _____ de tots els aspectes relatius a
l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en horari escolar i dóna el seu
consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari, i

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 de salut i prescripció mèdica per a
l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

_____, _____, de/d' _____, 20__

Signat _____ NIF _____

INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

DADES DE L'ALUMNE/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Medicació (nom comercial del producte)	Dosi	Hora d'administració	Procediment/via per a la seua administració	Duració del tractament	Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració del medicament

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el medicament:

Data:

Signat:

Núm. col·legiat/col·legiada: