



CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra.
amb domicili a, telèfons de contacte
...../..... i NIF, en qualitat de pare,
mare o tutor/tutora legal de l'alumne/alumna

Indica que ha sigut informat pel metge o 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 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.

....., de....., 20.....

Signat:

NIF:.....