

ANEXO VII
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr./Sra. _____ con domicilio en

teléfonos de contacto _____, _____, _____
y NIF _____, en calidad de padre, madre, tutor/a legal del alumno/a

Indica que ha sido informado por el médico/por la médica, Sr/Sra.
_____ colegiado/a número _____

de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a 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 _____ de _____

Firmado: _____ NIF _____