

**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 \_\_\_\_\_