

ANNEX V

CONSENTIMENT SIGNAT DEL PARE/MARE/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 centre educatiu IES Maria Carbonell i Sánchez de la localitat de Benetússer.

Indica que ha sigut informat/informada 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/a 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 medicació podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable del centre docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe de salut
- Prescripció mèdica per a la administració de medicaments en horari escolar (annex IV)

Benetússer, _____, de _____, 20 _____

Signat _____ NIF _____

ANEXO V

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A LEGAL Y
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR**

Sr/Sra. _____, con NIF _____,
con domicilio a efectos de notificación en _____,
localidad _____, CP _____ provincia de _____,
teléfonos _____ / _____ / _____ correo electrónico _____,
padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna _____,
del curso _____ grupo _____,
del centro educativo I.E.S. Maria Carbonell i Sánchez de la localidad de Benetússer.

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

colegiado/colegiada núm. _____ de todos los aspectos relativos a la
administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da su
consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para
administrar la medicación / la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que
se adjuntan.

Esta medicación podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable del centro
docente.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

- Informe de salud
- Prescripción médica per a la administració de medicaments en horari escolar (anexo IV)

En Benetússer a _____ de _____ 20 _____

Firmado _____ NIF _____