



CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A 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 **CEIP VIRGEN DEL ROSARIO** de la localitat de **TORRENT**

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 _____