

**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 EN HORARI ESCOLAR  
Annex V**

Sr/Sra, \_\_\_\_\_

amb NIF, \_\_\_\_\_ amb domicili als efectes de notificació a  
\_\_\_\_\_, localitat de \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ província de/ d' \_\_\_\_\_

Telèfons \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

correu electrònic \_\_\_\_\_

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna \_\_\_\_\_

del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_ d'aquest centre educatiu.

**INDICA** que ha sigut informat/ada pel metge/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 seva administració en el centre educatiu per 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)

València, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20

Signat \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

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

Sr/Sra \_\_\_\_\_ con  
NIF \_\_\_\_\_, con domicilio a los efectos de notificación en  
\_\_\_\_\_  
localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
correo electrónico \_\_\_\_\_ padre,  
madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna  
\_\_\_\_\_ del  
curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_ de este centro educativo

**INDICA** que ha sido informado/ada por el médica/médica, Sr./Sra.

\_\_\_\_\_ de todos los aspectos relativos a la administración de medicamentos prescrita al alumno/alumna en horario escolar y da su consentimiento para la 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 autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro.

**Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):** Informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV)

En Valencia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firmado \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

