

ANNEX V

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

|

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 _____

de la localitat de _____

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 _____

ANEXO V
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 SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR

Sr./Sra. _____
con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en

localidad _____ CP _____ provincia _____
teléfonos _____ / _____ / _____
correo electrónico _____
padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna
_____ del curso _____ grupo _____
del centro educativo _____
de la localidad de _____

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 autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona
responsable de la dirección del centro docente.

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

_____, _____, de _____, 20____

Firmado _____

NIF _____