



**ANNEX V**  
**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 \_\_\_\_\_  
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.