

FORMULARIO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE Y 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 alumno/alumna _____
del curs _____ grup _____ del centro educativo
_____ de la localidad de _____

Indica que ha sido informado/a por el médico/a,

Sr./Sra. _____

colegiado/a núm _____ de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita a el/la alumno/a en horario escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo para 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. (Formulario II)
- Prescripción médica para la administración de medicamentos. (Formulario III)

En _____ a ____ de _____ 201__

Firmado: _____ NIF _____

FORMULARI III

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR

Sr / Sra _____,
amb NIF: _____, amb domicili a l'efecte de notificació en

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/a en horari escolar i dóna el seu consentiment per 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 arbitri els mitjans necessaris per 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 (Formulari II)
- Prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (Formulari III)

En _____ a _____ de _____ 201__

Signat: _____ NIF _____