

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr / Sra. _____

con domicilio en _____

Teléfonos de contacto: _____

NIF: _____

, en calidad de padre, madre o tutor / tutora legal del alumno / alumna:

Indica que ha sido informado por el médico / por la médica,

Sr. /
Sra. _____

Colegiado / a núm.: _____

de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno / alumna en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario, asumiendo los firmantes los riesgos derivados de la actuación del personal no sanitario del centro.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la titularidad del Centro Educativo Palma.

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. _____

NIF _____

(Resolución de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares)