



**ANEXO VII  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL**

Sr/Sra: \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_, teléfonos de contacto  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ y 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/colegiada 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.

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

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

Firmado: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_