



## FORMULARI DE COMUNICACIÓ DE MALALTIES CRÒNIQUES FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

En/Na \_\_\_\_\_

Don/Dña \_\_\_\_\_

Com a mare/pare/tutor/a de l'alumne/a:  
Como madre/padre/tutor/a del alumno/a:

Nom i cognoms \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Curs \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_

COMUNIQUE  
COMUNICO

Que el meu fill/a/tutorat/da  
Que mi hijo/a/tutorado/a

**SÍ** pateix problemes de salut crònics

**SÍ** padece problemas de salud crónicos

**NO** pateix problemes de salut crònics

**NO** padece problemas de salud crónicos

En cas afirmatiu, lliure un **informe mèdic** amb les circumstàncies que el centre ha de conèixer, segons estableix la

En caso afirmativo, hago entrega de un **informe médico** con las circunstancias que debe conocer el centro, según establece la

*RESOLUCIÓ de 13 de juny de 2018, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmacioles en els centres escolars.*

A Alacant a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

En Alicante a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Signatura de la mare/pare/tutor/a

Firma de la madre/Padre/tutor/a

**FORMULARI DE COMUNICACIÓ DE MALALTIES CRÒNIQUES (majors d'edat)**  
**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**  
**(Mayores de edad)**

En/Na \_\_\_\_\_  
Don/Dña \_\_\_\_\_

Alumne/a de l'IES MIGUEL HERNÁNDEZ, matriculat en el curs \_\_\_\_\_  
Alumna/o del IES MIGUEL HERNÁNDEZ, matriculado en el curso \_\_\_\_\_

COMUNIQUE que  
COMUNICO que

**SÍ** patisc problemes de salut crònics   
**SÍ** padezco problemas de salud crónicos

**NO** parisc problemes de salut crònics   
**NO** padezco problemas de salud crónicos

En cas afirmatiu, lliure un **informe mèdic** amb les circumstàncies que el centre ha de conèixer, segons estableix la

En caso afirmativo, hago entrega de un **informe médico** con las circunstancias que debe conocer el centro, según establece la

*RESOLUCIÓ de 13 de juny de 2018, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmacioles en els centres escolars.*

A Alacant a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024  
En Alicante a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Signatura de l'alumne/a major d'edat:  
Firma del alumno/a mayor de edad: