

PROTOCOL D'ACTUACIÓ SANITÀRIA ESPECÍFICA **EN CENTRES EDUCATIUS**

Segons 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 farmàcies en els centres escolars.

Jo, _____ amb DNI/NIE _____
tutor/a representant legal de l'alumne/a _____,
que estudia _____ curs d'ESO / Batxillerat / FP a l'IES Enric Valor, informe que:

- Patix alguna de les malalties cròniques o patologies següents: **Sí** **No**

Asma

Diabetis

Cardiopatia

TDAH

Epilèpsia

Al·lèrgia _____

Altres _____

Especificar medicació: _____

- Precisa la subministració de l'esmentada medicació EN HORARI ESCOLAR PER PART

DEL PERSONAL DEL CENTRE : **Sí** **No**

Igualment, proporcione el següents números de telèfon que estaran sempre operatius per a qualsevol emergència: _____ i _____

Pego, a _____ de _____ de _____

Signatura: dels dos tutors/representants legals, o, de l'alumne cas de ser major d'edat,

Nom i cognoms: _____ Nom i cognoms: _____