

Estimados padres/madres:

Según la RESOLUCIÓN de 13 de junio de 2018 de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se regula la atención sanitaria al alumnado con problemas crónicos de salud en horario escolar, las familias que tengan algún/a hijo/a escolarizado/a en este centro con enfermedades crónicas como asma, epilepsia, diabetes, alergias,... deben aportar un INFORME MÉDICO (según modelo facilitado en dirección), donde se especifique el diagnóstico y/o enfermedades del niño/a, recomendaciones en caso de urgencia y la prescripción del tratamiento a seguir, así como la posible administración de medicación en el centro docente.

Como la situación puede variar de un curso a otro, rogamos cumplimenten esta ficha para tener constancia de la situación del alumno/a. Gracias por su colaboración.

Un saludo
LA DIRECTORA



Estimats pares/mares:

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 regula l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes crònics de salut en horari escolar, les famílies que tinguen algun/a fill/a escolaritzat/a en aquest centre amb malalties cròniques com a asma, epilèpsia, diabetis, al·lèrgies,... han d'aportar un INFORME MÈDIC (segons model facilitat en direcció), on s'especifique el diagnòstic i/o malalties del xiquet/a, recomanacions en cas d'urgència i la prescripció del tractament a seguir, així com la possible administració de medicació en el centre docent.

Com la situació pot variar d'un curs a un altre, preguem emplenem aquesta fitxa per a tindre constància de la situació de l'alumne/a. Gràcies per la seua col·laboració.

Una salutació
LA DIRECTORA



D/D^a
En/Na

padre/madre del/de la
pare/mare de

alumno/a
l'alumne

matriculado en el curso
matriculat al curs

INFORMO de que mi hijo/a:
INFORME que el meu/la meua fill/filla:

☐ **NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA**
NO PATEIX CAP MALALTIA CRÒNICA

☐ **Padece alguna de las siguientes enfermedades crónicas (marcar con una cruz):**
Pateix alguna de les següents malalties cròniques (marcar amb una creu):

☐ **ASMA** ASMA

☐ **DIABETES** DIABETIS

☐ **EPILEPSIA** EPILÈPSIA

☐ **ALERGIAS (ESPECIFICAR)** AL·LÈRGIA

☐ **OTRAS (ESPECIFICAR)** ALTRES

Y APORTO EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO MÉDICO.
I APORTE EL CORRESPONENT CERTIFICAT MÈDIC.

Alicante, fecha
Alacant, data

Firma:
Signatura: