

ANNEX V

**SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER
A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR**

Sr/Sra

a m b N I F

amb domicili als efectes de notificació en

localitat

CP

província de/d'

amb t e l è f o n s

i E m a i l

, PARE/MARE/TUTOR/TUTORA

de l'alumne/a

del curs del centre educatiu E.I. San José de la localitat de Almassora.

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació/l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar
- Consentiment informat

Almassora, a.....de.....de20....

Signat:.....NIF:.....

A/AT DIRECTOR DE L'ESCOLA INFANTIL «SAN JOSÉ»