

PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA

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

Sr/Sra amb NIF, amb domicili a efectes de notificació en, localitat, CP, província de/d', amb telèfons / / i correu electrònic, PARE/MARE/TUTOR/TUTORA de l'alumne/a del curs, grup, del centre educatiu de la localitat de

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.

Vila-real, a de de 20