|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CEIP 8 de Març**  **c/ Maria Zambrano,1**  **València 46018** | **TF 962566240**  46013475@gva.es |

**ANEXO VI**

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR**

El/la menor debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Nombre y apellidos del alumno/a): ………………………………………………………………………………………….

Medicación (nombre comercial del producto): … …………………………………………………………………..

Dosis: …………………………………………..Hora de administración: ………………………………………………….

Procedimiento/vía para su administración: ……………………………………………………………………………..

Duración del tratamiento: ………………………………………………………………………………………………………..

Indicaciones específicas sobre conservación:……………………………………………………………………………

Custodia o administración del medicamento: ………………………………………………………………………..

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Facultativo que prescribe el tratamiento: ………………………………………………………………………………

Fecha: …………………………………………………………………………………………..

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias:

………………………………………………………………………….

Firmado Nº colegiado