**ANNEX V**

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

Sr/Sra. ………………………………………………………………..……………………. amb NIF:…………………………..,

amb domicili als efectes de notificació en ………………………………………………………………………,

localitat ……………………………………….…, CP. …………………………., provincia ……………………………….

teléfons: ………………………………..………/……………..………………………/………………………………………….

Correu electrónic …………………………………………………………………………………………………………………

pare, mare, tutor / tutora legal del’alumne/alumna ……………………………………………………………

……………………………………………………………. 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 mediques que s’adjunten.

**Documentació que s’aporta (OBLIGATORI):**

 • Informe mèdic amb diagnóstic i tratactament que s’ha de seguir en horari escolar

 ( annex VII ).

• Consentimient informat (annex VII).

 En …………………………………… a…….. de… …………………….20……..

 Signat …

NIF………………………………….