

SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR

Sr/Sra: _____ con NIF: _____

con domicilio a los efectos de notificación en: _____

Localidad: _____ C.P.: _____, Provincia: _____

Teléfonos: _____, correo electrónico: _____

Padre, madre, tutor/a legal del alumno/a: _____

Del curso: _____, Grupo: _____, del Centro educativo: _____

de la localidad de: _____.

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación y/o la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar (Anexo VI)
- Consentimiento informado (Anexo VII)

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firmado: _____

NIF: _____