

**ANNEX IV****INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE  
MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR**

DADES DE L'ALUME/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

<b>Medicació (nom comercial del producte)</b>	<b>Dosi</b>	<b>Hora d'administració</b>	<b>Procediment/ via per a la seua administració</b>	<b>Duració del tractament</b>	<b>Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració del medicament</b>

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat

Núm. col·legiat/col·legiada:

**ANNEX V**

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

I

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

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

amb NIF: \_\_\_\_\_, amb domicili als efectes de notificació a \_\_\_\_\_

localitat \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ província \_\_\_\_\_

telèfons \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

correu electrònic \_\_\_\_\_

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_

del centre educatiu \_\_\_\_\_

de la localitat de \_\_\_\_\_

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr./Sra.

\_\_\_\_\_ col·legiat/col·legiada núm. \_\_\_\_\_ de tots els aspectes relatius a

l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en horari escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari, i

**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.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.



**Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):** informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_, 20\_\_

Signat \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_