

ANNEX V
ANEXO V

**SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER
SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR**
**SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR
MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR**

El senyor/la senyora

Don/doña _____

amb domicili a

con domicilio en _____

Telèfons de contacte

Teléfonos de contacto _____

correu electrònic

correo electrónico _____

i document d'identificació

y documento de identificación _____

en qualitat de pare, mare o representant legal de l'alumne/ a

en calidad de padre, madre o representante legal del alumno/a _____

SOL·LICITA
SOLICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per administrar la medicació o atenció específica d'acord amb la prescripció i les indicacions mèdiques que s'hi adjunten

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación o atención específica según la prescripción y las indicaciones médicas que se adjuntan

Documentació que cal aportar amb caràcter obligatori:

Documentación que se debe aportar con carácter obligatorio

- **Informe mèdic amb el diagnòstic i el tractament que cal seguir en horari escolar (annex VI)**
Informe médico con el diagnóstico y el tratamiento que debe seguirse en horario escolar (anexo VI)
- **Consentiment informat (annex VII)**
Consentimiento informado (anexo VII)

El Port de Sagunt, ____ de/d' _____ del _____

Signa

Firma

ANNEX VI
ANEXO VI

PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN PERÍODE LECTIU
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PERÍODO LECTIVO

La persona menor ha de rebre, en horari escolar, la següent medicació:

La persona menor debe recibir, en horario escolar, la siguiente medicación

Nom i cognoms de l'alumne o alumna:

Nombre y apellidos del alumno/a _____

Medicació:

Medicación _____

Dosi:

Dosis _____

Hora d'administració i procediment o via

Hora de administración y procedimiento o vía _____

Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Recomendaciones de actuación y otras observaciones

Facultatiu que prescriu el medicament i número de col·legiat:

Facultativo que prescribe el medicamento y número de colegiado _____

Data

Fecha _____

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a aquest tipus d'incidències:

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

Signa

Firma



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, INVESTIGACIÓ, CULTURA I ESPORT



CEIP "Ntra. Sra. de Begoña"
C/ del Progrés, 32
Tel. 962617305
E-mail: 46007487@edu.gva.es
46520 EL PORT DE SAGUNT

ANNEX VII
ANEXO VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O REPRESENTANT LEGAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

El senyor/la senyora

Don/doña _____

amb domicili a

con domicilio en _____

Telèfons de contacte

Teléfonos de contacto _____

correu electrònic

correo electrónico _____

i document d'identificació

y documento de identificación _____

en qualitat de pare, mare o representant legal de l'alumne/ a

en calidad de padre, madre o representante legal del alumno/a _____

Indica que ha estat informat o informada pel facultatiu o facultativa el senyor o senyora

_____, amb número de col·legiat _____

de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu per personal no sanitari

Esta autorització podrà ser revocada amb comunicació prèvia per escrit a la persona responsable de la direcció del centre.

Indica que ha estado informado/a por el facultativo/a señor o señora _____

con número de colegiado _____

de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar i da su consentimiento para su administración en el centro educativo por parte de personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación por escrito ante la persona responsable de la dirección del centro.

El Port de Sagunt, ____ de/d' _____ del _____

Signa

Firma