

**PROTOCOL ATENCIÓ SANITÀRIA – ANNEXOS V i VII**

**ANNEX V**

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

Sr/Sra..... amb NIF ....., amb domicili als efectes de notificació en ....., localitat ....., CP ....., província de/d' ....., amb telèfons ..... / ..... / ..... i correu electrònic....., PARE/MARE/TUTOR/TUTORA de l'alumna/alumne ..... del curs ....., grup ....., del centre educatiu CEIP Carles Salvador de la localitat de Castelló.

**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.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- ❖ **Informe mèdic** amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar **(annex VI)**
- ❖ Consentiment informat (Annex VII)

**ANNEX VII**

**CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL**

Qui sol·licita ha sigut informat per la metgessa o el metge, Sra/Sr..... col·legiada/col·legiat número..... dels aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumna/alumne en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seva administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitja de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre.

Castelló, a ..... de ..... de 20 .....

Signat: ..... NIF: .....

**A/AT DIRECTORA DEL CEIP CARLES SALVADOR**