

**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'alumne/alumna
del curs grup, del centre educatiu CEIP Carles Salvador de la localitat de
Castelló de la Plana.

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
- Consentiment informat

Castelló, a de de 20

Signat: DNI:

**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, CP, provincia de, con teléfonos / / y correo electrónico....., PADRE/MADRE/TUTOR TUTORA del alumno/alumna..... del curso grupo, del centro educativo CEIP Carles Salvador de la localidad de Castelló de la Plana.

SOLICITA,

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitro los medios necesarios para administrar la medicación/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 tiene que seguir en horario escolar.
- Consentimiento informado .

Castelló, a de de 20

Firmado: DNI: