**ANEXO V**

**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 ………………………………………… teléfonos:……………………………………/………………………………………/………………………………….………correo electrónico …………………………………………………………………………………… padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna ……………………………………………………………………. 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/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……………………………….. 20………………

Firmado

NIF…………………………………

**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’……………………… , telèfons ………………………………../…………………………………………./……………………………………..… correu electrònic …………………………………………………………………………………………… pare, mare, tutor / tutora legal de l’alumne/alumna …………………………………………………………………………….., del curs………..… grup………………., del centre educatiu……………………………………………………………., de la localitat de ……………………………………………………….;

**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)

En………………………………………………………,………..a…………….. de…………..…….20……………...

Signat

NIF……………………………….