

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: _____, y domicilio a los efectos de notificación en:

localidad _____, CP _____, provincia _____

teléfonos: _____ / _____ / _____

padre, madre, tutor/tutora legal del alumno/ alumna _____

del curso _____ grupo _____ del centro educativo _____

de la localidad _____

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 _____ de _____

Firmado: _____ NIF: _____

RESOLUCIÓN 01/09/2016 de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares. Dogv 7865 del 05/09/2016)

Los datos personales contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la Consellería de Educación, Formación y Empleo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas en el ámbito de sus competencias, pudiendo dirigirse a cualquier órgano de la misma para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).

ANNEX VI

PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/ la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent: (nom i cognoms de l'alumne/a: _____)

-Medicació (nom comercial del producte): _____

-Dosi: _____

-Hora d'administració: _____

-Procediment / vía per a la seua administració: _____

-Duració del tractament: _____

Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

Recomanacions d'actuació i altres observacions: _____

Facultatiu que prescriu el tractament: _____

Data: _____

Telèfono de contacto del centre de salud de referència per a este tipus d'incidències:

Signat: _____ N° de Col.legiat: _____

RESOLUCIÓ 01/09/2016 de la *Conselleria d'Educació, Recerca, Cultura i Esport de la *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmacioles en centres escolars. (*Dogv 7865 del 05/09/2016)

Los datos personales contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la Conselleria de Educación, Formación y Empleo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas en el ámbito de sus competencias, pudiendo dirigirse a cualquier órgano de la misma para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).

ANEXO VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR / A LEGAL

Sr/a _____

amb domicili en _____

telèfonos de contacto _____ / _____ / _____

i NIF _____, en calidad de padre, madre o tutor/ tutora legal de

l'alumne/a _____

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa Dr/ Dra.

col.legiat/da nº _____, de tots els aspectes relatius a la administració prescrita a l' alumne/ alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorizació podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centr docent.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: _____ NIF: _____

*RESOLUCIÓ 01/09/2016 de la *Conselleria d'Educació, Recerca, Cultura i Esport de la *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en centres escolars. (*Dogv 7865 del 05/09/2016).*

Les dades personals continguts en aquest imprès podran ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per la Conselleria d'Educació, Formació i Ocupació, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes en l'àmbit de les seues competències, podent dirigir-se a qualsevol òrgan de la mateixa per a exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, segons el que es disposa en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14 de desembre de 1999).