

ANNEX V

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

Sr./Sra. _____, amb
NIF/NIE _____, amb domicili als efectes de notificació en
(localitat) _____ CP _____ província de
_____, telèfon _____, correu electrònic
_____, pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a
_____, del nivell
_____, grup _____ del centre educatiu CEIP José Mollá de la localitat de
Canals.

INDICA QUE:

Ha sigut informat pel metge o la metgessa, Sr/Sra. _____
_____ amb número _____ de col·legiat/ada
_____ de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació o
altra atenció prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la
seua administració o atenció en el centre educatiu pel personal no sanitari.

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:

- Informe amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI).

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

Canals, _____ de/d' _____ de _____

NIF/NIE: _____

Signat: _____



ANNEX VI

PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Alumne/a _____

Medicació (nom comercial del producte): _____

Dosi: _____

Hora d'administració: _____

Procediment/via per a la seua administració: _____

Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu que prescriu el tractament: _____

Data: _____ Telèfon centre de salut: _____

Signat: _____ Núm. col·legiat: _____