

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

EN/NA.....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/alumnadel
curs.....grup....., del centre educatiu CEIP
DOMÍNGUEZ ROCA, de la localitat de PETRÉS.

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).

....., de....., 20.....

Signat:

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 o alumna:
- Medicació (nom comercial del producte):.....
- Dosi:
- Hora d'administració:
- Procediment/via 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:

Telèfon de contacte del centre de salut de referència :.....

Signat :

Núm. Col.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport

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

EN/NA.....,
amb domicili a
telèfons de contacte/.....

i NIF, en qualitat de pare, mare o tutor/tutora legal de l'alumne/
alumna

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, En/Na.....
.....col·legiat/col·legiada núm.,
de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació 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 autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona
responsable de la direcció del centre docent.

..... , , de....., 20.....

Signat:

NIF: