

ATENCIÓ SANITARIA

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/a legal de l'alumne/alumna _____, del curs _____, del
CEIP PINEDO, de la localitat de València-Pinedo

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.

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, 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.

Documentació que s'aporta (**OBLIGATORI**):

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

_____, _____, de _____, 20__

Signat: _____ NIF _____

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: des de ____ / ____ / ____ fins ____ / ____ / ____ (____ dies)

– 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 per a este tipus d'incidències: _____

Signat _____ Núm. Col·legiat: _____