

ANNEX IV
INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

DADS DE L' ALUMNE/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Medicació (nom comercial del producte)	Dosi	Hora d'administració	Procediment/via per a la seua administració	Duració del tractament	Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració del medicament

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat: _____ Núm. col·legiat/da: _____

ANNEX V
CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I
SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE
PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ
O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR

En/Na _____ amb NIF: _____,
amb domicili als efectes de notificació a _____
localitat _____ CP _____ província _____
telèfons _____ / _____ / _____
correu electrònic _____
pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna _____

_____ del curs _____ grup _____
del centre educatiu **C.E.I.P. RAJOLETES** de la localitat de **SANT JOAN D'ALACANT**.

Indica que ha sigut informat/da pel metge / per la metgessa, En./Na.

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

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.

Aquesta autorització podrà ser revocada, prèvia comunicació escrita, a la persona
responsable de la direcció del centre docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORIO): informe de salut i prescripció mèdica per
l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

_____, _____, de _____, 20__

Signat _____ NIF _____