



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

L'administració de medicaments a l'alumnat s'haurà d'intentar que se realitze fora de l'horari lectiu del centre.

En cas de no ser possible, serà la família la responsable de desplaçar-se al centre per a la seua administració.

En cas de tampoc ser possible esta opció, la família haurà d'autoritzar a la direcció del centre mitjançant la present sol·licitud i adjuntant la **prescripció mèdica corresponent**.

SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUMINISTRAR MEDICACIÓ O ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR

Na/En _____, amb NIF/NIE/passaport _____
amb domicili als efectes de notificació en _____
localitat _____, C.P. _____, província _____
telèfons: _____ / _____, correu electrònic _____
mare, pare, tutora, tutor legal de l'alumna/alumne _____
del curs _____ grup _____ del CEIP Professor Ramiro Jover de València.

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació / atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Indican que ha sigut informat pel metge o metgessa, de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a l'administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

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

València, a de 20.....

Signat:NIF/NIE/Passaport:.....



GENERALITAT
VALENCIANA

Telèfon: 962566320
46017471@edu.gva.es
C/ Pio IX s/n València 46017
<https://portal.edu.gva.es/ceipramirojover/es>



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 al ___/___/___ (___ 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: _____