



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

La administración de medicamentos al alumnado se deberá de intentar que se realice fuera del horario lectivo del centro.

En caso de no ser posible, será la familia la responsable de desplazarse al centro para su administración.

En caso de tampoco ser posible esta opción, la familia deberá de autorizar a la dirección del centro mediante la presente solicitud y adjuntando la **prescripción médica correspondiente**.

SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR

Sra/Sr. _____, con NIF/NIE/Pasaporte _____
con domicilio a los efectos de notificación en _____
localidad _____, C.P. _____, provincia _____
teléfonos: _____ / _____ correo electrónico _____
madre, padre, tutora, tutor legal del alumna/alumne _____
del curso _____ grupo _____ del CEIP Professor Ramiro Jover de València.

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación / atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Indica que han sido informado por el médico o médica, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para la administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar.

Valencia, a _____ de _____ 20____

Firmado: _____ NIF/NIE/Pasaporte: _____



GENERALITAT
VALENCIANA

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



PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/la menor tiene que recibir en horario escolar la medicación siguiente:

Nombre y apellidos del alumno o alumna: _____

Medicación (nombre comercial del producto): _____

Dosis: _____ Hora de administración: _____

Procedimiento / vía para su administración: _____

Duración del tratamiento: desde ___/___/___ hasta el ___/___/___ (___ días)

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias: _____

Firmado: _____ Núm. Colegiado: _____



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: _____