

ANNEX V

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',
amb telèfons / / i correu
electrònic....., PARE/MARE/TUTOR/TUTORA
de l'alumne/a
del curs, grup, del centre educatiu CEIP Gaetà Huguet de la localitat de
Castelló.

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
- Consentiment informat

Castelló, a de de 20

Signat: NIF:

A/AT DIRECTOR DEL CEIP GAETÀ HUGUET