¡MUY IMPORTANTE!

ASUNTO: REGISTRO DEL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Estimadas familias:

Siguiendo indicaciones de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Educación, les solicitamos nos devuelvan esta circular debidamente cumplimentada, **sólo en caso de tener algún hijo o hija, matriculado en nuestro colegio, que padezca alguna enfermedad crónica.**

Gracias por su colaboración.

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

Sr/Sra. Apellidos _____, Nombre _____

con DNI / Pasaporte _____, con domicilio a los efectos de notificación en la calle _____, localidad _____,

CP. _____, provincia _____ teléfono: _____ ,correo electrónico _____ padre, madre, tutor/a legal del alumno/a Apellidos _____, Nombre _____

del curso _____ del centro CEIP GABRIEL MIRÓ de la localidad de Benidorm,

SOLICITA

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

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar (anexo VI).
- Consentimiento informado (anexo VII).

En Benidorm a _____ de _____ de 20 _____

Fdo: _____ NIF : _____

ANEXO VI
PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/la menor Apellidos _____, Nombre _____
debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

- Nombre comercial del producto: _____
- Dosis: _____
- Hora de administración: _____
- Procedimiento/vía para su administración: _____
- Duración del tratamiento: _____

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. Col. _____

ANEXO VII
CONSENTIMIENTO INFORMADO
DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra. Apellidos _____, Nombre _____

con domicilio en la calle, _____, de la localidad de

_____, teléfonos de contacto: _____ / _____

y DNI/Pasaporte _____, en calidad de padre, madre o tutor/tutora legal

del alumno/a

Apellidos _____, Nombre _____

Indica que ha sido informado/informada por el médico/médica, Sr/Sra.

_____, colegiado/colegiada núm.

_____, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/alumna en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

En Benidorm a _____ de _____ de 20 _____

Fdo: _____ NIF : _____