

L'I.E.S. NÚM. 1 - LIBERTAS INFORMA

L'article 59 de la *Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana*, dedicat a la salut escolar, estableix al punt 4 que:

“...En els casos en què la persona menor puga requerir una intervenció urgent en l'horari escolar, present malalties que comporten modificacions en la dieta escolar, o problemes de salut que requerisquen una adaptació curricular, el personal sanitari del seu Centre d'Atenció Primària i/o Especialitzada de referència, emetrà un informe en el qual s'adjuntaran les recomanacions a seguir, o les mesures que ha de prendre el centre educatiu per a garantir la seu seguretat, la seu adaptació i integració en l'àmbit escolar. Tota la documentació s'entregarà a **les persones progenitors o les persones tutores que tindran la responsabilitat d'informar el centre educatiu**”.

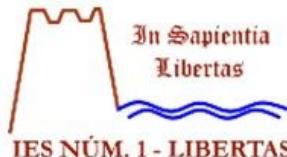
Per això, necessitem que com a pares o tutors legals emplenem la segona pàgina d'aquest escrit, si el seu fill o filla forma part d'aquest grup.

El I.E.S. NÚM. 1 - LIBERTAS INFORMA

El artículo 59 de la *Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana*, dedicado a la salud escolar, establece en su punto 4 que:

“...En los casos en que la persona menor pueda requerir una intervención urgente en el horario escolar, presente enfermedades que conlleven modificaciones en la dieta escolar, o problemas de salud que requieran una adaptación curricular, el personal sanitario de su Centro de Atención Primaria y/o Especializada de referencia, emitirá un informe en el que se adjuntarán las recomendaciones a seguir, o las medidas que ha de tomar el centro educativo para garantizar su seguridad, su adaptación e integración en el ámbito escolar. Toda la documentación se entregará a **las personas progenitoras o las personas tutoras que tendrán la responsabilidad de informar al centro educativo**”.

Por ello, necesitamos que como padres o tutores legales cumplimenten la segunda página de este escrito, si su hijo o hija forma parte de este grupo.



NOTIFICACIÓ DE MALALTIA CRÒNICA

Sr./Sra. amb DNI/NIE ,

domicili en

telèfon: 1 2 3 com a pare,

mare o tutor/a legal de l'alumne/a

matriculat/da en el curs amb SIP número

INFORMA que aquest/a alumne/a pateix la següent malaltia crònica:

JUSTIFICA per mitjà d'**Informe Oficial de Salut** adjunt, la necessitat de la cura o atenció a la malaltia de l'alumne/a,

Y AUTORIZA a que el centro educativo que escolariza a l'alumne/a se coordine amb el centre de salud al qual es troba adscrit.

Torrevieja, a de de 20

EL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL:

Signat.:

NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

D./D.^a con DNI/NIE ,

domicilio en

teléfono: 1 2 3 como padre,

madre o tutor/a legal del alumno/a

matriculado/a en el curso con SIP número

INFORMA que dicho/a alumno/a padece la siguiente enfermedad crónica:

JUSTIFICA por medio del **Informe Oficial de Salud** adjunto, la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad del alumno/a,

Y AUTORIZA a que el centro educativo que escolariza al alumno/a se coordine con el centro de salud al que se encuentra adscrito.

Torrevieja, a de de 20

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL:

Fdo.: