

Firmado

## ANEXO IV

INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOI AR

	MEDIO/ WILLIAM			
LUMNO	/ DE LA ALUMI	NA:		
):				
):				
lumna	debe recibir en h	norario escolar	la siguiente	medicación:
Dosis	Hora de administración	Procedimiento/ vía para su administración	Duración del tratamiento	Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administració del medicamento
	·		s:	
	Dosis  nes de	Dosis Hora de administración  nes de actuación y otra	Dosis Hora de administración Procedimiento/ vía para su administración	Dosis Hora de administración Procedimiento/ vía para su administración del tratamiento  mes de actuación y otras observaciones:

Núm. colegiado/colegiada:





## **ANEXO V**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

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

Sr./Sra														
con NIF:				, Co			ilio a	los	efect	os (	de	notifica	ción	en
		CP				provincia								
eléfonos				/_					/					
correo elect	rónico_													
oadre, r										la		alumno	o/alur	nna
							de	el cur	so		_ gru	іро		
del centro e	ducativ	/0												
de la localid	ad de													
ndica que	e ha	sido	info	rmado/a	por	el	médio	co	/ por	la	m	édica,	Sr./\$	Sra.
colegiado/co	olegiac	la núm	·					_ de	todos	los	aspe	ectos re	elativo	s a
a administra	ación d	de la m	edica	ación pre	scrita	al al	umno/a	a la a	alumna	en	hora	ario esc	olar y	da
su consenti	imiento	para	su	administr	ación	en	el cen	itro	educat	ivo	por	el pers	sonal	no
sanitario, y														

## **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.

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





Documentación que	se aporta (OBLIC	GATORIO): info	orme de salu	d y prescripción	médica
Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV)					
	······································	, de		, 20	
Firmado			NIF		