

Datos alumnos:

NOMBRE:..... APELLIDOS:.....

CURSO ACADÉMICO 2024/2025

A la atención de las familias o tutores legales del/de la alumno/a:

Para cumplir las instrucciones de la **RESOLUCIÓN de 13 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, publicadas en el DOGV, n.º 8319, de 18/06/2018 y atender a los alumnos con problemas de salud crónica en horario escolar, necesitamos los siguientes datos:**

¿Padece su hijo/a alguna enfermedad o deficiencia crónica que requiera cuidados especiales? (ponga una X donde corresponda)

NO.....

SÍ.....

En caso afirmativo, por favor aporten la siguiente documentación:

- *El informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (documento proporcionado por el centro de salud). Modelo: ANEXO IV.*
- *Consentimiento informado del padre, madre o tutor/a legal y solicitud a la persona responsable de la dirección del centro para suministrar medicación u otra atención sanitaria en horario escolar (documento proporcionado por el centro educativo). Modelo: ANEXO V.*
- *La medicación prescrita por el médico o la médica, rotulada con el nombre completo del/de la alumno/a y la posología y frecuencia. Los padres o tutores legales se han de responsabilizar tanto de su renovación como del control de su caducidad.*

FIRMADO: Nombre y Apellidos, del padre/madre o tutor/a legal

Más información y documentos en: <http://www.ceice.gva.es/es/web/convivencia-educacion/protocolos>

Dades alumnes:

NOM:..... COGNOMS:.....

CURS ACADÈMIC 2024/2025

A l'atenció de les famílies o tutors legals del/de l'alumne/a:

Per a complir les instruccions de la *RESOLUCIÓ de 13 de juny de 2018, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, publicades en el DOGV, n.º 8319, de 18/06/2018 i atendre als alumnes amb problemes de salut crònica en horari escolar, necessitem les següents dades:*

Pateix el seu fill/a alguna malaltia o deficiència crònica que requerisca cures especials? (pose una X on corresponga)

NO.....

SI.....

En cas afirmatiu, per favor aporten la següent documentació:

- L'informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (document lliurat pel centre de salut). Model: ANNEX IV*
- Consentiment informat del pare, mare o tutor/a legal i sol·licitud a la persona responsable de la direcció del centre per a subministrar medicació o una altra atenció sanitària en horari escolar (document proporcionat pel centre educatiu). Model: ANNEX V*
- La medicació prescrita pel metge o la metgessa, retolada amb el nom complet del/de l'alumne/a i la posologia i freqüència. Els pares o tutors legals s'han de responsabilitzar tant de la seua renovació com del control de la seua caducitat.*

SIGNAT: Nom i Cognoms, del pare/mare o tutor/a legal

Més informació i documents en: <http://www.ceice.gva.es/va/web/convivencia-educacion/protocolos>