

## INFORME DE SALUD / INFORME DE SALUT

Datos del alumno:

APELLIDOS:

NOMBRE:

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

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

NO...

SI.....

*En caso afirmativo, por favor aporten la siguiente documentación:*

- El informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar. 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. 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.*

Padre/madre o tutor/a legal:

FIRMADO:

Fecha: