



## **ATENCIÓ SANITÀRIA ESPECÍFICA EN CENTRES EDUCATIUS**

En / Na: \_\_\_\_\_

amb DNI/NIE/Passaport: \_\_\_\_\_ com a familiar de l'alumne/a:

del curs: \_\_\_\_\_ grup: \_\_\_\_\_ informa que:

☐ No presenta cap malaltia

☐ Si presenta alguna malaltia:

**Descripció de la malaltia:**

**Medicació prescrita en temps escolar:**

- Cal omplir ANNEX IV ( Sol·licitar en oficines de secretaria del centre)

**Observacions:**

Des del centre informarem al centre de salut dels alumnes amb malalties cròniques o malalties de consideració dins de les instruccions per a l'atenció sanitària específica en centres educatius regulades per la RESOLUCIÓ del 13 de juny de 2018.

Tavernes de la Valldigna, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_