

PROTOCOL D'ACTUACIÓ SANITÀRIA ESPECÍFICA EN CENTRES EDUCATIUS

Segons 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, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en els centres escolars.

(A EMPLENAR PER TOT L'ALUMNAT MENOR D'EDAT)

Jo, En/Na _____ amb DNI/NIE _____

mare/pare/ tutor-a legal de l'alumne/a _____ que

cursa _____ d'ESO/BATXILLERAT/FP a LA MAR, informe que:

- Patix alguna de les malalties cròniques o patologies següents: **SI** **NO**

- Asma
- Cardiopatia
- Epilèpsia
- Diabetes
- TDAH
- Al·lèrgia _____
- Altres _____

Especificar medicació: _____

- Precisa la subministració de l'esmentada medicació EN HORARI ESCOLAR PER
PART DEL PERSONAL DEL CENTRE: **SÍ** **NO**

Igualment, proporcione els següents números de telèfon que estarán **SEMPRE** operatius per a qualsevol emergència: _____ i _____

Xàbia, a _____ de _____ de 202

Signat: _____ **DNI:** _____

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ESPECÍFICA EN CENTROS EDUCATIVOS

Según la Resolución del 13 de junio de 2018, de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria del alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquín en el centro escolar.

(A RELLENAR PARA TODO EL ALUMNADO MENOR DE EDAD)

Yo Don/Doña _____ con
DNI/NIE _____ madre/padre/ tutor-a legal del alumno/a
_____ que cursa _____ d'ESO/BATXILLERAT/FP
en l'IES LA MAR, informo que:

- Padece alguna de las enfermedades crónicas o patologías siguientes:

- SI NO

- Asma
- Cardiopatía
- Epilepsia
- Diabetes
- TDAH
- Alergia _____
- Otras _____

Especificar medicación: _____

- Precisa la administración de la mencionada medicación EN HORARIO ESCOLAR

POR PARTE DEL PERSONAL DEL CENTRO: SÍ NO

Xàbia, a _____ de _____ de 202

Firmado: _____ DNI: _____