



## FICHA DE SALUD

### ANEXO V

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

Sr/Sra

Con NIF/NIE

Con domicilio a efectos de notificación en

Localidad: CP: Provincia:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Padre, madre, Tutor/a legal del alumno/a: Curso:

Del IES LLOIXA

### SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación y atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

#### Documentación que se aporta (OBLIGATORIA. Se solicitará en el momento de entregar los papeles de la matrícula en la oficina):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar (ANEXO VI)
- Consentimiento informado (ANEXO VII)

Sant Joan d'Alacant a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_