



COMUNICACIÓ AL CENTRE EDUCATIU DE MALALTIA CRÒNICA

Sr/Sra amb NIF
amb domicili als efectes de notificació en
localitat, CP..... província de/ d'.....,
telèfons/...../.....
correu electrònic

pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna, amb data
de naixement,del curs..... grup.....de l'IES José Rodrigo Botet de Manises

INFORMA

A la persona responsable de la Direcció del centre educatiu que l'alumne/alumna pateix una malaltia crònica (veure especificació en full Annex)

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- INFORME MÈDIC amb diagnòstic i tractament concret, així com pautes d'administració de medicament, facilitat pel Facultatiu/Facultativa (**Model específic elaborat pel Centre de Salut**)
- En cas de necessitat de tractament en el centre educatiu:
 - ✓ SOL·LICITUD a la Direcció: *Annex V*
 - ✓ CONSENTIMENT informat: *Annex VII*.

Manises a....., d..... de 20.....

Signat:.....

NIF:.....



COMUNICACIÓN AL CENTRO EDUCATIVO DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Sr/Sra con NIF
con domicilio, a efectos de notificación, en.....
localidad....., CP..... provincia de.....,
teléfonos...../...../
correo electrónico.....
padre, madre, tutor/a legal del alumno/alumna, con
fecha de nacimiento.....,del curso..... grupo.....del IES José Rodrigo Botet de
Manises

INFORMA

A la persona responsable de la Dirección del centro educativo que la alumna/alumno padece una enfermedad crónica (ver especificación en hoja Anexa)

Documentación que se aporta (**OBLIGATORIA**):

- INFORME MÉDICO con diagnóstico y tratamiento concreto, así como pautas de administración de medicamento, facilitado por la Facultativa/Facultativo (**Modelo específico elaborado por el Centro de Salud**)
- En caso de necesitar de tratamiento en el centro educativo:
 - ✓ SOLICITUD a la Dirección: *Anexo V*
 - ✓ CONSENTIMIENTO informado: *Anexo VII*.

Manises a....., de..... de 20.....

Firmado:.....

NIF:.....



ANNEX V

SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR

Sr/Sraamb NIF
amb domicili als efectes de notificació en
localitat..... , CP..... província de/ d'.....,
telèfons/...../.....
correu electrònic
pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna
del curs..... grup.....de l'IES José Rodrigo Botet de Manises

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació/l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten..

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

INDICA que ha sigut informat pel metge/metgessa, Sr/Sra.
..... col·legiat/col·legiada núm., de tots
els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps
escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal
no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Manises a....., d.....de 20.....

Signat:.....

NIF:.....



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.....
 con domicilio, a efectos de notificación, en.....
 localidad....., CP..... provincia de.....,
 teléfonos...../...../.....
 correo electrónico.....
 padre, madre, tutor/a legal del alumno/alumna, con
 fecha de nacimiento....., del curso..... grupo..... del IES José Rodrigo Botet de
 Manises

SOLICITA

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

ANEXO VII

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

INDICA

Que ha sido informado/informada por el medico/médica, Sr/Sra.
colegiado/colegiada núm., de
 todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/alumna en
 tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el
 personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada por medio de comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

Manises a....., de.....de 20.....

Firmado:.....

NIF:.....