

**ANNEX IV**  
**INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN**  
**HORARI ESCOLAR**

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

ALUMNE/A (Nom i cognoms):
DIAGNÒSTIC:
MEDICACIÓ (nom comercial del producte):
DOSI:
HORA D'ADMINISTRACIÓ:
PROCEDIMENT / VIA PER A LA SEUA ADMINISTRACIÓ:
DURACIÓ DEL TRACTAMENT:
INDICACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ O CUSTÒDIA:
RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ I ALTRES OBSERVACIONS:
FACULTATIU QUE PRESCRIU EL TRACTAMENT:
TELÈFON DE CONTACTE DEL CENTRE DE SALUT DE REFERÈNCIA:

Data

Signat

Núm. Col·legiat: \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

**INFORME DE SALUD I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PARA LA ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR**

El/la menor ha de recibir en horario escolar la medicación siguiente:

ALUMNO/A (Nombre i apellidos):
DIAGNÓSTICO:
MEDICACIÓN (nombre comercial del producto):
DOSIS:
HORA DE ADMINISTRACIÓN:
PROCEDIMIENTO / VIA PARA SU ADMINISTRACIÓN:
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:
INDICACIONES ESPECÍFICAS SOBRE CONSERVACIÓN O CUSTODIA:
RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN I OTRAS OBSERVACIONES:
FACULTATIVO/A QUE PRESCRIBE EL TRATAMIENTO:
TELÉFONO DE CONTACTO DEL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA:

Fecha

Firmado

Núm. Colegiado/a: \_\_\_\_\_

**ANNEX V**

**CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL  
 SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR  
 MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR**

Sr/Sra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, amb domicili als efectes de notificació en \_\_\_\_\_, localitat \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, província de \_\_\_\_\_, telèfons \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, correu electrònic (en majúscules) \_\_\_\_\_, pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna \_\_\_\_\_, del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_, del CEIP ISABEL FERRER de Castelló de la Plana, indica que ha sigut informat pel metge o la 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.**

**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.

Documentació que s'aporta (**OBLIGATORI**):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI)
- Consentiment informat (annex VII)

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signat

NIF: \_\_\_\_\_

**ANEXO V**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL  
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA A SUMINISTRAR  
MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR**

Sr/Sra. \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_, con domicilio a los efectos de notificación en \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ correo electrónico (en mayúsculas) \_\_\_\_\_ padre, madre, tutor / tutora legal del alumno/alumna \_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_, del CEIP ISABEL FERRER de Castellón de la Plana, indica que ha sido informado por el médico/a Sr/Sra. \_\_\_\_\_, colegiado/a núm. \_\_\_\_\_, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en horario escolar i da su **consentimiento para su administración** en el centre educatiu por el personal no sanitari, y

**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. **Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):**

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se ha de seguir en horario escolar (anexo IV)

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centre docente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firmado

NIF: \_\_\_\_\_