

## ATENCIÓ SANITÀRIA (annex II)

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

#### **UNICAMENT EN CAS D'URGÈNCIA EXTREMA O RISC VITAL**

Sr/Sra. \_\_\_\_\_ amb NIF \_\_\_\_\_  
amb domicili als efectes de notificació en la localitat \_\_\_\_\_, codi postal \_\_\_\_\_,  
província de/ d \_\_\_\_\_, i amb telèfons \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, correu electrònic  
\_\_\_\_\_ pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/alumna  
\_\_\_\_\_, del grup \_\_\_\_\_, del  
CEIP JOSÉ GARCÍA PLANELLS, de la localitat de Manises en València.

#### **EL PARE/MARE/ TUTOR/A LEGAL 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, en casos d'urgència extrema o risc vital segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Indica que ha sigut informat pel facultatiu/a, de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dona el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

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

- Informe mèdic amb diagnòstic i protocol que s'ha de seguir en horari escolar en cas de complicació i risc extrem (annex III).

, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, 20

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

## **ATENCIÓ SANITÀRIA (annex III)**

### **PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR . ÚNICAMENT EN CAS D'URGÈNCIA EXTREMA O RISC VITAL**

El/la menor amb nom .....

ha de rebre en horari escolar la medicació següent en cas d'urgència extrema o risc vital:

<b>MEDICACIÓ (nom comercial del producte)</b>
<b>SIMPTOMATOLOGIA QUE INDICA RISC</b>
<b>DOSI</b>
<b>QUAN ADMINISTRAR</b>
<b>PROCEDIMENT/VIA PER A LA SEUA ADMINSTRACIÓ</b>



<b>INDICACIONES ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ, CUSTÒDIA O ADMINISTRACIÓ DEL MEDICAMENT</b>
<b>RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ I ALTRES OBSERVACIONS</b>

Facultatiu que prescriu el tractament: \_\_\_\_\_

Telèfon de contacte centre de salut de referència:

Signat:.....

Núm. Col·legiat:.....

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

