

**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 los efectos de notificación**  
**en.....**

**localidad.....CP.....**  
**provincia.....**

**teléfonos.....**

**correo electrónico.....**

**Padre, madre, tutor/tutora legal del**  
**alumno/alumna.....**

**del curso.....del centro educativo CEIP JOSÉ SENENT.**

**SOLICITA**

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

**DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA (OBLIGATORIO):**

**+ Informe médico con diagnóstico y tratamiento que debe seguir en  
horario escolar (anexo VI).**

**+ Consentimiento informado (anexo VII)**

**En.....a.....de.....20....**

**Firmado.....NIF.....**

**(Anexo extraído de la Resolución de 1 de septiembre de 2016 de  
Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la  
Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública)**