

## ANEXO

### 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.....C.P.....Provincia.....  
teléfonos.....  
correo electrónico.....  
Padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a.....  
del curso.....grupo.....centro educativo.....  
de la localidad de.....

#### SOLICITA

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

#### Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

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

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

Firmado.....NIF.....