



## 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..... grupo..... del 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..... 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/Sra. ...., amb 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....., del centre educatiu....., de  
la localitat de .....

#### 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).

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

Signat..... NIF.....