



**ANEXO VI**  
**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE**  
**MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR**

El/la menor..... debe recibir en  
horario escolar la siguiente medicación:  
(nombre y apellidos del alumno/a).

- Medicación (nombre comercial del producto):.....
- Dosis:.....
- Hora de administración:.....
- Procedimiento/vía para su administración:.....
- Duración del tratamiento:.....

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

...  
...  
...  
...  
...

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

...  
...  
...  
...

Facultativo que prescribe el tratamiento:.....

Fecha:.....

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias .....

Firmado.....

Núm. Col. ....

En ..... a ..... de ..... 201



PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE  
MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/la menor .....  
ha de rebre en horari escolar la medicació següent:  
(Nom i cognoms de l'alumne o alumna)

- Medicació (nom comercial del producte):.....
- Dosi: .....
- Hora d'administració: .....
- Procediment/via per a la seua administració: .....
- Duració del tractament: .....

Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

...  
...  
...  
...  
...

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

...  
...  
...  
...

Facultatiu que prescriu el tractament: .....

Data: .....

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències: .....

Signat .....

Núm. Col·l.....

En ....., a ....., de/d'....., 20.....