



ANNEX V
CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL I SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ SANITÀRIA EN HORARI ESCOLAR

Sr/Sra. _____, amb NIF _____,
domicili als efectes de notificació a _____,
localitat _____, CP _____, província de/d' _____,
telèfons _____ / _____, correu electrònic
_____, pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a
_____, del curs _____ grup _____, del centre
educatiu _____ de la localitat de/d' _____

Indica que ha sigut informat/ada pel metge/metgessa, Sr./Sra. _____
_____ col·legiat/ada núm. _____
de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en horari escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari, i

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.

Aquesta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI): informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar (annex IV).

Onda, ___ de/d' _____ de 20__

Signat: _____ NIF: _____



ANNEX IV
INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

DADES DE L'ALUMNE: _____

DIAGNÒSTIC: _____

TRACTAMENT: _____

L'alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

Medicació (nom comercial del producte)	Dosi	Hora de l'administració	Procediment/vi a per a la seua administració	Duració del tractament	Indicacions específiques sobre conservació, custòdia i administració de medicament

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament: _____

Data: _____

Signatura:

Núm. Col·l. _____