



**SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR  
MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR**

Sr/Sra: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

con domicilio a los efectos de notificaciones en: \_\_\_\_\_

localidad: \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre/madre/ tutor/a legal del alumno/a: \_\_\_\_\_

del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_ del C.E.I.P. Pintor Camarón de Segorbe.

**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.

En Segorbe, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20

Firmado

NIF: