

**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',
amb telèfons / / i correu
electrònic.....,PARE/MARE/TUTOR/TUTORA
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
- Consentiment informat

Petrer, a de de 20

Signat: NIF:

**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, localidadCP, provincia de, con teléfonos / / y correo electrónico.....,PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA 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
- Consentimiento informado

Petrer, a de de 20

Firmado: NIF: