

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/NIE _____
amb domicili a efectes de notificació en el carrer/avinguda/plaça... _____
en la localitat de/d' _____ CP _____ en la província de/d' _____
i amb els telèfons de contacte _____ , _____ , _____
pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne/alumna: _____
que cursa _____ Nivell d'Educació _____ al CEIP Sanchis Guarner d'Ondara

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).

Ondara, _____ de/d' _____ de 20 _____

Signatures (en cas de família monoparental, qui tinga la pàtria potestat): _____

NIF/NIE: _____

Amb la signatura d'aquest document s'autoritza al personal del CEIP Sanchis Guarner d'Ondara per poder fer ús de les dades consignades sempre amb finalitats educatives i en benefici de l'alumne/de l'alumna. Les dades podran cedir-se, en cas de necessitat, a altres organismes dependents de la Generalitat Valenciana (Àrea de salut, Servei d'Inspecció Educativa o altres Centres Educatius d'Educació Infantil, Primària o Secundària).

Aquest document es destruirà a la finalització del present curs escolar i les dades que en ell es reflecteixen no s'arxivaran en cap suport tot tret de les dades bàsiques de contacte.

En compliment de la legislació que regula la protecció de dades (Resolució de 28 de juny de 2018 de la CEICE) vostès podran revocar el consentiment atorgat al Centre per fer ús de les dades en qualsevol moment mitjançant sol·licitud signada presentada en el CEIP Sanchis Guarner on s'expressa la petició d'esborrat de les mateixes.

ANNEX VI

**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:

Nom del facultatiu/de la facultativa que prescriu el tractament: _____

Nº de col·legiat/de la col·legiada: _____

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a incidències: _____

Lloc i data: _____, ____ de/d' _____ de 20 ____

Signat: _____

Amb la signatura d'aquest document s'autoritza al personal del CEIP Sanchis Guarner d'Ondara per poder fer ús de les dades consignades sempre amb finalitats educatives i en benefici de l'alumne/de l'alumna. Les dades podran cedir-se, en cas de necessitat, a altres organismes dependents de la Generalitat Valenciana (Àrea de salut, Servei d'Inspecció Educativa o altres Centres Educatius d'Educació Infantil, Primària o Secundària).

Aquest document es destruirà a la finalització del present curs escolar i les dades que en ell es reflecteixen no s'arxivaran en cap suport tot tret de les dades bàsiques de contacte.

En compliment de la legislació que regula la protecció de dades (Resolució de 28 de juny de 2018 de la CEICE) vostès podran revocar el consentiment atorgat al Centre per fer ús de les dades en qualsevol moment mitjançant sol·licitud signada presentada en el CEIP Sanchis Guarner on s'expressa la petició d'esborrat de les mateixes.

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/TUTORA LEGAL

Sr/Sra: _____ amb NIF/NIE _____
amb domicili a efectes de notificació en el carrer/avinguda/plaça... _____
en la localitat de/d' _____ CP _____ en la província de/d' _____
i amb els telèfons de contacte _____ , _____ , _____
pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne/alumna: _____
que cursa _____ Nivell d'Educació _____ al CEIP Sanchis Guarner d'Ondara

Indica que ha sigut informat pel metge/per la metgessa, Sr/Sra: _____
col·legiat/col·legiada núm. _____ de tots els aspectes relatius a l'administració
de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per a
la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari. Esta autorització podrà ser
revocada mitjançant comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre
docent.

Ondara, _____ de/d' _____ de 20 _____

Signatures (en cas de família
monoparental, qui tinga la pàtria potestat): _____

NIF/NIE: _____

Amb la signatura d'aquest document s'autoritza al personal del CEIP Sanchis Guarner d'Ondara per poder fer ús de les dades consignades sempre amb finalitats educatives i en benefici de l'alumne/de l'alumna. Les dades podran cedir-se, en cas de necessitat, a altres organismes dependents de la Generalitat Valenciana (Àrea de salut, Servei d'Inspecció Educativa o altres Centres Educatius d'Educació Infantil, Primària o Secundària).

Aquest document es destruirà a la finalització del present curs escolar i les dades que en ell es reflecteixen no s'arxivaran en cap suport tot tret de les dades bàsiques de contacte.

En compliment de la legislació que regula la protecció de dades (Resolució de 28 de juny de 2018 de la CEICE) vostès podran revocar el consentiment atorgat al Centre per fer ús de les dades en qualsevol moment mitjançant sol·licitud signada presentada en el CEIP Sanchis Guarner on s'expressa la petició d'esborrat de les mateixes.