

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

DADES DE L'ALUME/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

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

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

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat

Núm. col·legiat/col·legiada:

**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: \_\_\_\_\_, amb domicili als efectes de notificació a \_\_\_\_\_

localitat \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ província \_\_\_\_\_

telèfons \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

correu electrònic \_\_\_\_\_

pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_

del centre educatiu \_\_\_\_\_

de la localitat de \_\_\_\_\_

Indica que ha sigut informat/ada pel metge / per la metgessa, Sr./Sra.

\_\_\_\_\_ de tots els aspectes relatius a  
col·legiat/col·legiada núm. \_\_\_\_\_ de l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna 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.



GENERALITAT  
VALENCIANA

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Signat \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_