



CEIP BALMES

Telèfon: 962457370
Fax: 962457371
E-mail: 46004577@gva.es

Av. de la Diputació, 63
46610 Guadassuar

ANNEX V

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.....,
telèfons/...../.....
correu electrònic
pare, mare, tutor / tutora legal 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.

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra.,
amb domicili a,
telèfons de contacte/..... i NIF,
en qualitat de pare, mare o tutor/tutora legal de l'alumne/alumna.....
.....

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, 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 per mitjà de comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

....., de....., 20.....

Signat..... NIF.....

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI).

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:

.....
.....
.....
.....

Facultatiu que prescriu el tractament:

Data:

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències:

.....
.....

Signat Núm. Col·l.....