



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'.....,
telèfons/...../
correu electrònic pare, mare, tutor / tutora legal de
l'alumne/alumna, del curs..... grup.....,
del centre educatiu CEIP l'Albea, de la localitat de Vall d'Alba.

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

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar.
- Consentiment informat.

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

Signat :

NIF: