

## 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....., amb telèfons ..... / ..... / ..... i correu electrònic....., PARE/MARE/TUTOR/TUTORA de l'alumne/alumna ....., 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

Castelló, a ..... de ..... de 20 ....

Signat: ..... NIF: .....