

ANEXO V

SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR

Sr/Sra. _____ con NIF _____
con domicilio a efectos de notificación en _____
localidad _____ CP _____ provincia _____
teléfonos: _____, _____, _____ y correo electrónico
_____, padre, madre, tutor/tutora legal del alumno/alumna
_____ del curso _____, del centro
educativo _____ de la localidad de _____.

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación/ la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Documentación que se aporta (OBLIGATORIO):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar.
- Consentimiento informado.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firmado: _____ NIF _____