

ANEXO VI

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN

TIEMPO ESCOLAR

El/la alumno/a _____ con NIF _____

debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

- MEDICACIÓN: _____
- DOSIS: _____
- HORA ADMINISTRACIÓN: _____
- VIA PARA SU ADMINISTRACIÓN: _____
- DURACIÓN TRATAMIENTO: _____

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Colegiado: _____

Teléfono de contacto del centro de salud de referencia: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firmado _____ NIF _____