



Avda. País Valencià, 86
46117 Bétera (València)
☎ 961 606 950
Fax 961 606 951
E-mail: 46024096@gva.es



CEIP CAMP DE TÚRIA

1)

**SOL·LICITUD A LA DIRECCIÓ DEL CENTRE
PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ
O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR
ANNEX V**

Nom: _____

DNI: _____

Direcció: _____

Localitat : _____ CP: _____ Província: _____

Telèfons de contacte: _____ / _____

Correu electrònic : _____

Pare, mare, tutor / tutora legal de l'alumne/alumna:

Del curs : _____ Grup: _____

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.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Signat: _____ DNI: _____