

ANNEX V (DOCV 7865 de 05/09/2016)
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/NIE/PASSAPORT _____,
amb domicili als efectes de notificació en _____,
localitat _____, CP _____, província de/ d' _____, telèfons _____/
correu electrònic _____

Pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a _____, curs _____, grup _____

Del CEIP Roís de Corella,

SOL·LICITA

A 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 (annex VI).
- Consentiment informat (annex VII).

Gandia, _____ de/d' _____ de 20____

Signat _____

ANNEX VI PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

- Nom i cognoms de l'alumne o alumna: _____
- Medicació (nom comercial del producte): _____
- Dosi: _____
- Hora/hores d'administració: _____
- Procediment/via per a la seua administració: _____
- Duració del tractament: _____
- Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu que prescriu el tractament: _____ Data: _____

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències:

Signat _____ Núm. Col·legiat/ada _____

ANNEX VII CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra _____ amb NIF/NIE/PASSAPORT _____,
amb domicili als efectes de notificació en _____,
localitat _____, CP _____, província de/ d' _____, telèfons _____/
correu electrònic _____, en qualitat de pare/mare/tutor/a legal
de l'alumne/a _____, curs _____, del CEIP Roís de Corella,

INDICA QUE HA SIGUT INFORMAT

pel metge/gessa, Sr/Sra. _____ col·legiat/da núm. _____, de tots
els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps
escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel
personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona
responsable de la direcció del centre docent.

Gandia, _____ de/d' _____ de 20____

Signat _____