

ANEXO III

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

Sr/Sra _____ con NIF _____, con domicilio a los efectos de notificación en _____
Localidad _____ CP _____ Provincia _____
Teléfonos: _____ / _____ / _____
Correo electrónico: _____
Padre, madre, tutor/tutora legal del alumno/a _____
del curso _____ del CENTRO EDUCATIVO PALMA de la localidad de La Cañada-Paterna-Valencia.

SOLICITA

A la persona responsable del Centro Educativo Palma 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 (anexo IV)
- Consentimiento informado (anexo V)

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. _____
NIF _____

(Resolución de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares)