



Resolució d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, per al qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centre educatiu per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de documents i l'existència de farmàcies en els centres escolars. (2016/6828)

ANNEX V

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 _____,
amb domicili als efectes de notificació en
_____, localitat _____,
CP _____ província de /d' _____,
Telèfons _____ / _____ / _____
correu electrònic _____
pare , mare, tutor/a legal de l'alumne/a

del curs _____, del grup _____, del Centre Educatiu
_____,
de la localitat de _____

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per 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).

En _____, _____, de _____, 20_____

Signat: _____ NIF _____



Resolució d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, per al qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centre educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de documents i l'existència de farmàcies en els centres escolars. (2016/6828)

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/a: _____
- Medicació (nom comercial del producte): _____
 - Dosi: _____
 - Hora 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: _____
- Telèfons de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències:

Signat: _____ Núm. Col·l. _____



Resolució d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, per al qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centre educatiu per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de documents i l'existència de farmàcies en els centres escolars. (2016/6828)

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr. /Sra. _____,

amb domicili a _____,

telèfons de contacte _____ / _____

i NIF _____, en qualitat de pare/mare o tutor/a legal de

l'alumne/a _____

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa,

Sr/Sra. _____

col·legiat/col·legiada núm: _____,

de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

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

En _____, _____, de _____, 20_____

Signat: _____ NIF: _____