

**SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN 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 o tutor legal del alumno/a: _____

del curso: _____ del Centro Educativo San Bartolomé de la localidad de Godella.

Datos de afiliación del alumno/a: _____ .

Datos de afiliación de padre, madre o tutor legal del alumno: _____ .

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo 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.
- Consentimiento informado.



c/ Major, 40-42 46110
GODELLA (València)
Tel. 963 63 97 02 / Tel. 963 90 64 12 (Infantil)

secretaria@santbertomeu.es
santbertomeu.es

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

Medicación: _____

Dosis: _____ Hora de administración: _____

Procedimiento/vía para su administración: _____

Duración del tratamiento: _____

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento:

Recomendaciones de actuación y otras observaciones: _____

Facultativo que prescribe el tratamiento: _____

Teléfono contacto del centro de salud de referencia para este tipo de incidencias: _____

Fecha: _____

Firmado:

Núm. Col. : _____



c/ Major, 40-42 46110
GODELLA (València)
Tel. 963 63 97 02 / Tel. 963 90 64 12 (Infantil)

secretaria@santbertomeu.es
santbertomeu.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra _____ con domicilio en:
_____, teléfonos de contacto: _____
/ _____ y NIF: _____, en calidad de padre/madre o tutor legal del
alumno/a, indica que ha sido informado por el médico Sr./Sra.:
_____, colegiado/a número: _____

de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el Centro Educativo por el personal no sanitario.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente

En Godella a ____ de _____ de 20__

Firmado:

NIF:

SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR.

Sr/Sra _____, amb NIF: _____
amb domicili als efectes de notificació en _____
localitat _____, CP. _____, província _____
Telèfons: _____ / _____
Correu electrònic: _____
Pare/mare o tutor legal de l'alumne/a: _____
del curs: _____ del Centre Educatiu Sant Bertomeu de la localitat de Godella.
Dades d'afiliació de l'alumne/a: _____ .
Dades d'afiliació del pare, mare o tutor legal de l'alumne/a: _____ .

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 es deu seguir en horari escolar.
- Consentiment informat.



c/ Major, 40-42 46110
GODELLA (València)
Tel. 963 63 97 02 / Tel. 963 90 64 12 (Infantil)

secretaria@santbertomeu.es
santbertomeu.es

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

Medicació: _____

Dosi: _____ Hora d'administració: _____

Procediment/via per a la seua administració: _____

Durada del tractament: _____

Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

Recomanacions d'actuació i altres observacions: _____

Facultatiu que prescriu el tractament: _____

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

Data: _____

Signat:

Núm. Col. : _____



c/ Major, 40-42 46110
GODELLA (València)
Tel. 963 63 97 02 / Tel. 963 90 64 12 (Infantil)

secretaria@santbertomeu.es
santbertomeu.es

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra _____ amb domicili en:
_____, telèfons de contacte:
_____/ _____ i NIF: _____, en qualitat de pare/mare o
tutor legal de l'alumne/a, indica que ha sigut informat pel doctor/a Sr./Sra.:
_____, col·legiat/a número: _____

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

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

A Godella a ____ de _____ de 20__

Signat:

NIF: