

**Sol.licitud a la Persona Responsable de la Direcció del Centre per Subministrar Medicació o una altra atenció en Horari Escolar.**

Sr/ Sra , amb NIF : amb domicili amb l´efecte de notificació en localitat

, CP província telèfons: / correu electrònic pare, mare, tutor/ tutora legal de l´alumne /alumna del curs 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):**

Infome mèdic amb diagnòstic. Tractament que s´ha de seguir en horari escolar (formulari de prescripció mèdica annex). Consentiment informat (Formulari annex).

En a de 20 .

Signat: NIF