



**SUBMINISTRAR
MEDICACIÓ**



**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 DNI _____
amb domicili als efectes de notificació en _____
localitat _____, CP _____, província _____
telèfons _____, _____ correu electrònic _____
pare, mare, tutor/a legal de l'alumne _____
del curs _____ i grup _____ de l'IES Sivera Font.

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans per a administrar la medicació i/o l'atenció específica, segons la participació i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI)

- 1.- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar
- 2.- Consentiment informat

Canals a _____, de/d' _____ de 20 _____