



## ANEXO V

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

Sr. / Sra. \_\_\_\_\_ con NIF/NIE \_\_\_\_\_

con domicilio a los efectos de notificación en C/ \_\_\_\_\_

localidad \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

padre, madre, tutor/tutora legal del alumno/alumna \_\_\_\_\_

del curso \_\_\_\_\_

#### 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 adjunta (OBLIGATORIO):

- Informe médico con diagnóstico y tratamiento que se debe seguir en horario escolar (Anexo VI).
- Consentimiento informado (Anexo VII).

En Valencia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ NIF / NIE: \_\_\_\_\_