

ANEXO V
**SOLICITUD AL DIRECTOR DEL CENTRO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTO U OTRA ATENCIÓN EN HORARIO ESCOLAR**

Centro Docente:	Localidad:
Solicitante: (nombre y apellidos)	NIF
Alumno:	Curso y grupo:

D./Dña. _____
 con domicilio a efectos de notificación en _____
 localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
 Teléfonos _____ / _____ correo electrónico _____

SOLICITA

Al Director del Centro docente arriba indicado que arbitre los medios para proceder a la administración de la medicación / atención específica según la prescripción médica que se adjunta.

He recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir y señalo que estoy conforme con el procedimiento descrito y que he recibido información adecuada sobre las dudas que les he planteado por lo que presto mi consentimiento a la prescripción realizada por el facultativo de administrar medicación en horario escolar.

El abajo firmante se compromete a proporcionar la medicación que ha establecido el facultativo y a revisar periódicamente, en colaboración con la dirección del centro, que se encuentra en las condiciones adecuadas de conservación (límites de caducidad, características específicas de conservación)

Ha sido informado por el facultativo que firma la prescripción médica de todos los aspectos relativos a la dispensación de cuidados o administración de medicamentos en tiempo escolar y estoy de acuerdo que personal no titulado de dicho Centro educativo suministre la medicación mencionada a mi hijo.

Documentación que se aporta:

- Prescripción médica de la medicación o atención
- _____
- _____

En a de de 20.....

Fdo.