



**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: \_\_\_\_\_  
con domicilio a los efectos de notificación en \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_  
CP. \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_ padre, madre,  
tutor / tutora legal del alumno/alumna \_\_\_\_\_  
del curso \_\_\_\_\_ grupo \_\_\_\_\_ del centro educativo Niño Jesús de la localidad de  
Valencia.

**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 (anexo VI).
- Consentimiento informado (anexo VII).

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

Firmado: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_