

Comunicació de l'escolarització d'un infant amb incidències mèdiques al centre d'atenció primària (CAP)

Dades de l'alumne

Nom i cognoms	Data de naixement	Targeta sanitària (codi d'identificació personal, CIP)
---------------	-------------------	--

Dades mèdiques

Data de diagnosi de la incidència

Tractament prescrit

Nom de l'hospital o centre que controla l'alumne/a

Nom i cognoms del metge/essa responsable

Nom i cognoms de l'infermer/a responsable

Horari de contacte

Telèfon

Dades del centre educatiu

Nom	Codi
-----	------

Adreça	Telèfon
--------	---------

Municipi	Codi postal
----------	-------------

Nom i cognoms del/de la professional del centre referent de l'infant en el centre educatiu	Telèfon
--	---------

Lloc i data

Signatura del/de la director/a del centre educatiu