



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ALS ALUMNES.

ALUMNE/A:.....

NIVELL:CLASSE:

EN/NA com a mare, pare o tutor legal:

Autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom medicament:

Dosi: horari:

Durada del tractament:

Conservació nevera: **SÍ** **NO**

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura pare, mare o tutor:

DNI:

Begues,d..... de 20.....

Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament emplenada, i fotocòpia de la recepta o informe del metge/ssa on hi consti el nom de l'alumne/a i les indicacions, el centre no administrarà cap medicació.

Segons el que disposa en la LOPD, l'informem que les dades facilitades en aquest formulari, seran tractades per l'Escola Sant Cristòfor, amb l'objectiu de gestionar l'administració de medicació. Així mateix amb la signatura d'aquest document autoritza expressament al centre a tractar les dades de salut incloses al mateix. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel.lació i oposició mitjançant carta dirigida al nostre centre.