

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ALS ALUMNES.

En/Na..... mare/pare/tutor de  
l'alumne/a ..... curs .....

Autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent doni al meu fill/a segons la pauta indicada per prescripció mèdica la següent medicació:

Nom medicament: .....

Hora administració: .....

Conservació nevera : SÍ  NO

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

DNI:

Signatura pare, mare o tutor/a:

Barcelona ..... de ..... 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.**

Dades del centre	<b>ESCOLA GRAVI.</b>
Finalitat	<b>Administració de medicaments.</b>
Legitimització	<b>Interès vital de l'interessat.</b>
Destinatari:	<b>A ningú, excepte obligació legal o consentiment</b>
Drets:	<b>Pot accedir, rectificar o suprimir les dades, així com exercir els drets que s'esmenten en la nostra Política de Privacitat</b>
Més informació:	<b>Consulta la Política de Privacitat a la nostra web</b>