

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:

Dosi:

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