

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El Sr./Sra. amb DNI
pare, mare o tutor/a de l'alumne/a
del curs

DEMANO a la directora que autoritzi, als docents del centre, l'administració del medicament que es detalla al meu fill/a:

MEDICAMENT:

DOSI:

HORARI:

DATA INICI DE TRACTAMENT:

DATA FINAL DE TRACTAMENT:

Signatura del pare, mare o tutor/a

Martorelles, a de de

*** El centre no administrarà cap medicament sense l'informe mèdic i recepta corresponent.**

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les vostres dades seran incorporades al fitxer "Alumnat de centres educatius dependents del Departament d'Ensenyament", amb la finalitat de gestionar l'acció educativa, l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies, l'avaluació objectiva del rendiment escolar, el compromís dels alumnes i llurs famílies en el procés educatiu i l'accés als serveis digitals i telemàtics facilitats pel Departament. L'òrgan responsable del fitxer és la Direcció del centre educatiu. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat a la Direcció del centre educatiu.

