Generalitat de Catalunya

Associació de Mares i Pares d'Alumnes

Escola Abat Oliba

AUTORITZACIÓ administració de MEDICAMENTS

Dades personals / Nom i Cognoms del **pare, mare o tutor/tutora** de l'alumne/a

Relació amb l'alumne : Pare ☐ Mare ☐ Tutor/a ☐

Nom de l'**alumne/a**:

Nivell curs 2019/20:

Autoritzo al monitoratge del servei de Menjador gestionat per l'Ampa de l'escola Abat Oliba a administrar la medicació que es consigna en aquest formulari al meu fill/filla :

Nom de medicament :

Pauta d'administració

Data inici tractament

Durada tractament

Cal que adjunteu a aquesta autorització l'informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, el nom del medicament que ha de prendre i la pauta d'administració.

Lloc i data :

Signatura del/de la titular

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, les vostres dades seran incorporades al fitxer Associats del que és responsable AMPA Abat Oliba i seran objecte de tractament per gestionar i mantenir la relació de prestació de serveis amb AMPA Abat Oliba. La finalitat és la gestió del servei de menjador, i autoritza expressament al responsable del fitxer el tractament de les dades amb la finalitat indicada. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat a AMPA Abat Oliba C/Balmes,1 de Sant Hipòlit de Voltregà (08512) tal i com estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

Carrer Balmes, 1 Sant Hipòlit de Voltregà ampaabatoliba@gmail.com