



## Autorització per a l'administració de tractament farmacològic

---

### Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

Relació amb l'alumne/a

Pare       Mare       Tutor/a

Nom i cognoms de l'alumne/a

Nivell educatiu de l'alumne/a

### Dades del centre

Nom

### Autoritzo

El centre educatiu a administrar al meu fill/a el tractament farmacològic prescrit pel facultatiu/va que signa la pauta d'administració, la qual s'adjunta a aquest document.

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

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 i tractades 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, avaluar objectivament el rendiment escolar, el compromís dels alumnes i de les famílies en el procés educatiu, i accedir als serveis digitals i telemàtics orientats a millorar el desenvolupament de l'activitat. L'òrgan responsable del fitxer és la Direcció del centre educatiu. Amb la signatura d'aquesta sol·licitud consentiu expressament que la direcció del centre educatiu pugui administrar la medicació que es consigna en aquest formulari amb l'única finalitat d'atendre els infants en l'àmbit escolar. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació i cancel·lació de les dades, i l'oposició al seu tractament, mitjançant un escrit a la direcció del centre educatiu.