



AUTORITZACIÓ per ADMINISTRAR MEDICACIÓ Curs 20__ - 20__

Dades personals

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

DNI

Nom i cognoms de l'alumne/a

Autoritzo al tutor/a del meu fill/a que li administri la següent medicació:

Nom de la medicació: _____

Dosificació: _____

- ☐ Adjunto informe del metge
- ☐ Adjunto recepta i informe del metge

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/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 al fitxer "Alumnes de centres educatius dependents del Departament d'Educació", amb la finalitat de gestionar l'acció educativa, fer l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies, l'avaluació objectiva del rendiment escolar, adoptar 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.

Direcció del centre educatiu