

COL·LEGI JESÚS - MARIA

Autorització per a l'administració de medicaments a l'escola

*l/La Sr./Sra. _____ amb DNI _____
com a representant legal de _____*

Manifesta

1.- Que en data _____ el doctor _____ amb n^o col·legiat _____, ha prescrit que s'administri al menor la dosi _____ del medicament anomenat _____ cada _____ hores. S'acredita amb una còpia testimoniada de la prescripció facultativa.

2.- Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol responsabilitat al personal del centre i al propi centre.

3.- Que el nen/nena _____ ha de prendre la medicació recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

Demana,

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor _____ consistent en _____ a administrar cada _____ hores en substitució i per ordre del representant legal del menor

Data de la signatura:

i Signatura del representant legal

De conformitat amb l'establert en la normativa vigent de Protecció de Dades de Caràcter personal, l'informem que les seves dades i les del seu fill/a, tutelat/ada seran tractades per: CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-MARÍA BADALONA) amb R0800857E i domicili al C/ Lepant, 3 -08917- Badalona.

Que vostè pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades dirigit-se per escrit al mail dgd@extradat.es