

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Sr....., amb DNI núm..... i
Sra....., amb DNI núm.
amb domicili familiar a,
núm.Localitat..... i codi postal i dades de
contacte directe telefònics:
Com a pare/mare/tutor legal de l'alumne/a: de anys d'edat, matri-
culat durant el curs escolar a CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-
MARÍA BADALONA), Curs.....Grup.....

AUTORITZEN expressament a CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-MARÍA BADALONA) al
fet que, únicament durant l'horari escolar i en el cas que sigui necessari per al tractament de
malalties puntuals i/o cròniques, subministrin al meu fill/a els següents medicaments, d'acord
a les següents instruccions:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Així mateix, em faig totalment responsable d'aquesta decisió, alliberant CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-MARÍA BADALONA) de qualsevol responsabilitat en relació amb qualsevol contraindicació que pugui aparèixer com a resultat de l'administració de medicaments al meu fill/a d'acord amb les instruccions facilitades.

A Badalona, a dede 20....

Signatura:

En compliment de la normativa de Protecció de Dades, se us informa que les dades facilitades seran tractades per CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-MARÍA BADALONA) amb la finalitat de l'assistència sanitària, en cas de ser necessària i prèviament autoritzada. El tractament es basa en el consentiment atorgat pel tutor/s legal/s i les dades es conservaran durant el curs escolar.

Per a exercir els vostres drets de protecció de dades us heu d'adreçar al responsable del tractament, l'adreça C/ Lepant, 3, 08917- Badalona o per email a pgdd@jm-badalona.com. Igualment, podeu presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de dades (www.aepd.es).