

**AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

Sr....., amb DNI núm..... i  
Sra....., amb DNI núm. ....  
amb domicili familiar a ..... , núm. ....Locali-  
tat..... i codi postal ..... i dades de contacte directe te-  
lefònics: .....  
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 BADA-  
LONA), Curs.....Grup.....

**AUTORITZEN** expressament a CASA DE JESÚS-MARÍA (ESCOLA DE JESÚS-MARÍA BADALONA) al fet que, únicament durant el Casal d'Estiu 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 ..... de .....de 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 [dpd.badalona@jesus-maria.net](mailto:dpd.badalona@jesus-maria.net) Igualment, podeu presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de dades ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)).