



AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO ESCOLAR

Siempre que sea posible se deberá administrar la medicación fuera del horario lectivo por la familia o tutor legal.

Nombre del alumno: _____ Curso y letra: _____

Patología: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta de administración (oral, inyectable, etc.): _____

Dosis: _____ Hora de administración: _____

Período de administración (fecha): Desde: _____ hasta: _____

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al Colegio de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor _____

_____ DNI: _____

Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el centro le informa de que los datos personales recogidos en este documento/impreso/formulario, formarán parte de un fichero informático para su tratamiento en el CEIP Gonzalo de Berceo de Logroño. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al director del centro.

ceip.gberceo@larioja.edu.es