



AUTORIZACIÓN

D. /Dña. _____

Padre/madre del alumno/a

_____ Curso _____

AUTORIZA a que se le administre a mi hijo/a la siguiente medicación según la prescripción médica:

NOMBRE MEDICACIÓN	DOSIS	VIA (oral, inhalada, tópica)	HORA

DURACION DEL TRATAMIENTO

Desde el día _____ hasta el día _____ inclusive.

ADJUNTO

- Informe médico o copia de la receta.
- Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento.
- Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a casa.

Firma del padre/ madre

Alicante _____

“Los datos solicitados en este formulario formarán parte de un fichero inscrito en al AEPD con el nombre de ALUMNOS, del que es titular el colegio salesiano Don Bosco, conforme establece la Ley orgánica de Protección de Datos Personales. La finalidad es poder atender accidentes que sucedan en horario escolar así como informar a la empresa ISS que gestiona el comedor escolar. Son datos obligatorios para atender dicha finalidad por lo que usted consiente la recogida y el tratamiento para dicho fin. En cualquier caso puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición dirigiéndose a la sede social sita en Avenida Vicente Blasco Ibáñez 1”

