



CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña

DNI:.....

Nombre y apellidos del alumno:

Curso:.....

Medicamento a administrar:

DOSIS	HORA DE ADMINISTRACIÓN	DÍA FIN DE TRATAMIENTO

☐ Recogeré el medicamento cada día en enfermería y lo traeré de nuevo si precisa al día siguiente.

☐ El medicamento se quedará en enfermería, lo recogeré cuando finalice el tratamiento. (Especificar día de fin)

Se debe adjuntar informe médico o receta junto al medicamento.

Autorizo a administrar el medicamento arriba señalado.

Firmado: (padre/madre/tutor legal)

En Arroyomolinos, a de de 20...

Conforme al nuevo REGLAMENTO (UE) 2016/679 General de Protección de Datos - (RGPD) le facilitamos la información indicada a continuación: Responsable: COLEGIO PASTEUR ARROYOMOLINOS, S.L.; Finalidad: Gestión de las comunicaciones para la prestación de servicios educativos y formativos que nos son propios; Gestión administrativa del centro. Legitimación: consentimiento del titular, ejecución de un contrato e interés legítimo conforme al art. 6.1.f) del RGPD; Destinatarios: COLEGIO PASTEUR ARROYOMOLINOS, S.L. no cederá datos a terceros, salvo obligación legal o previa autorización de los afectados; Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación del tratamiento de sus datos, revocación de su consentimiento, así como otros derechos, como se explica en la información adicional; Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://colegiopasteur.es/politica-de-privacidad-y-aviso-legal/>