

## 35HA\_AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

### DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:			
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN	EDAD

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	

### E X P O N E

#### Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_

Se adjunta receta o informe médico (imprescindible)

#### Segundo.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento \_\_\_\_\_, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ hasta el día _____ a las _____ horas. tal y como se indica en la receta
Hora	

D./D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ en mi calidad de padre/tutor y  
D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ en mi Calidad de madre/tutora del alumno arriba  
referido, SOLICITAMOS Y AUTORIZAMOS a que, se proceda a la administración de la  
medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del profesional bajo cuyo cuidado se  
encuentre en esos momentos.

Firma Padre/ Tutor

Firma Madre/ Tutora

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

TRATAMIENTO, cesión de imagen y datos. Conoce y consiente que los datos personales reseñados serán incorporados y tratados en un fichero del cual es responsable la Titularidad del Centro, y que tiene por objeto la adecuada organización, y/o prestación y/o difusión de las actividades académicas y extraescolares en la que participan los alumnos, así como de los servicios educativos. Los datos personales, incluidos los de carácter reservado, necesarios para el Sistema Educativo serán facilitados a la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid cuando la misma lo requiera, cumpliendo las condiciones que determine el gobierno de conformidad con la D.A. 23ª de la LOE. De no haber manifestación en contra, los que suscriben el presente documento consienten que los datos relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfonos, correo electrónico, se faciliten a las Asociaciones de Padres, A.A.AA.

Los que suscriben este documento en calidad de representantes legales del menor escolarizado en el Centro, autorizan al mismo para que obtenga y utilice imágenes y el nombre del menor relacionadas con la actividad del Centro, en las publicaciones de todo tipo que realice el Centro, ya sean impresas o en formato digital (agenda escolar, orlas, exposiciones, página web, etc.) Así mismo autorizan que dichas imágenes sean obtenidas y difundidas por los medios de comunicación siempre que dicha difusión no comporte intromisión ilegítima en la intimidad, honra o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, todo ello en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/ 1996, de protección Jurídica del Menor.

Para ejercitar los derechos de acceso, impugnación, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, deberá dirigirse a la Titularidad del Centro por correo electrónico dtitular.eferrari@stfma.com o por documento escrito a C/ Emilio Ferrari, 87 28017 Madrid