



PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D..... y D^a....., mayores de edad, vecinos de....., progenitores / tutores legales del alumno....., a quien, por prescripción médica (se adjunta copia), suministran personalmente medicación, autorizan que se le administre a su hijo el medicamento que se detalla a continuación por parte del personal del colegio, asumiendo totalmente las consecuencias que de ello se pudieran derivar y eximiendo al colegio de toda responsabilidad al respecto.

Patología:

Medicación:
.....

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

Dosis: **Hora en la que debe administrarse:**

Periodo de administración: desde hasta

En....., a.....de.....de.....

FIRMA:

En cumplimiento del RGPD UE 2016, de protección de datos personales, les informamos de que el responsable del tratamiento de los datos es LICEO MONJARDÍN SOCIEDAD COOPERATIVA (Liceo Monjardín). Los datos se tratan con la finalidad de realizar la administración del medicamento indicado al menor, actuando con la legitimación del consentimiento expreso de sus padres/madres y/o tutores legales. Los datos no se ceden a destinatarios ajenos a la organización y se conservan durante el curso 2019-2020. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión o limitación del tratamiento, indicando la palabra "DPTO. LOPD", en las oficinas de LICEO MONJARDÍN SOCIEDAD COOPERATIVA, sitas en la calle Aoiz 1, 31004 de Pamplona.