

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ D'UN MEDICAMENT

Benvolguda família,

Us recordem que si el vostre fill i/o filla ha de prendre un medicament, durant l'horari escolar, cal que ompliu els següents apartats i el lliureu al mestre/a o tutor/a.

**En/Na.....pare, mare, tutor,
tutora de l'alumne/a.....del curs.....**

DEMANA

Primer. Que s'administri al seu fill i/o filla el medicament.....
amb les dosis següents.....
a l'hora..... en el cas que hagi de prendre el medicament
més d'un dia cal que el retorni a casa cada dia?.....

Segon. Que el motiu de l'administració del medicament és.....

Tercer. Que la durada del tractament és des del dia..... fins al dia.....
(ambdós inclosos)

Quart. Que eximeix de qualsevol tipus de responsabilitat a la persona que administra l'esmentat medicament al seu fill i/o filla.

És necessari adjuntar recepta mèdica on hi consti la dosi.

Barcelona,..... de/d'..... de 20.....

Signatura (Pare/mare/tutor/a)

En compliment del Reglament General de Protecció de Dades (Reglament UE 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, 27 d'abril de 2016) l'Institut Escola ARTS farà ús de les dades aportades amb la finalitat esmentada en el formulari i no es cediran a altres destinataris. Podeu exercir el dret d'accés, rectificació, cancel.lació, supressió, limitació o oposició al tractament o portabilitat mitjançant un escrit adreçat al centre educatiu , o bé mitjançant un correu electrònic, a8076509@xtec.cat. Més informació a <https://agora.xtec.cat/iearts/>