

## 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, iearts@iearts.cat. Més informació a <https://www.iearts.cat/>