

Nom de l'alumne/a

Jo D. _____, DNI _____
com a representant legal pare/mare/tutor de l'alumne/a dalt esmentat del Centre La Purísima,

S'INFORMA: Els medicaments que requereixin prescripció facultativa hauran d'acompanyar amb l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe mèdic o informe d'alta hospitalària). Es sol·licita a la persona responsable de l'alumne/a que si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.

1) Autoritz a administrar la següent medicació dins del Centre La Purísima com a part d'un tractament puntual de medicació:

ACOMPANYAR AMB LA RECEPTA O INFORME MÈDIC CORRESPONENT SI REQUEREIX			
MEDICAMENT	DOSIS		
	<i>Matí</i>	<i>Migdia</i>	<i>Capvespre</i>

NÚM. DE DIES: _____

En Palma de Mallorca, a _____ de _____ de 20_____

Fdo. D. _____ DNI _____

Avis legal: D'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/99, de Protecció de Dades, de 13 de desembre, s'informa que les dades registrades en aquest formulari tenen com a finalitat la gestió i funció educativa, l'adequada organització i prestació de els diferents serveis i activitats que són desenvolupades per aquest Centre Educatiu. Seran conservades en els fitxers del qual el responsable és Col·legi la Puríssima.

Per exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades personals, haurà de dirigir-se mitjançant sol·licitud escrita i signada, acompanyada de fotocòpia de document acreditatiu, al carrer Sevilla, núm. 19, de Palma de Mallorca.