



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./D^a _____ con DNI nº _____ y como
padre/madre/tutor del niño/a _____

SOLICITO Y AUTORIZO al personal del Colegio Mayol, S. Coop. de CLM administre

la medicación _____ los días _____ en la siguiente dosis _____

y ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización

_____ a _____ de _____ de 20__

FIRMADO:

COLEGIO MAYOL S COOP de CLM, de nacionalidad española y con domicilio en C/ Airén, 7, 45004, Toledo, es el responsable del tratamiento de los datos personales facilitados que constan en el presente documento. Dichos datos serán tratados de manera confidencial según lo previsto en el Reglamento 2016/679 de Protección de Datos, para la correcta identificación de los representantes legales y alumno solicitante, para llevar a cabo la matriculación solicitada, así como el resto de gestiones y prestación de servicios docentes y complementarios que se derivan de este hecho, según las disposiciones legales en materia de educación. Podrán ser objeto de comunicación total o parcial a profesionales y entidades directamente relacionadas con los servicios prestados: profesionales sanitarios y orientadores externos, departamentos internos vinculados a la prestación del servicio, AMPA, así como a las Administraciones públicas para los fines legales establecidos. El/los interesados prestan su consentimiento para realizar el tratamiento y comunicación descritos, incluyendo datos de salud, le informamos que tiene usted derecho al acceso, rectificación, al borrado y al olvido, a la limitación del tratamiento y portabilidad, así como a la oposición y cancelación, pudiendo ejercitar dichos derechos en la dirección indicada o al email colegiomayol@colegiomayol.es. Para completar el contenido y las disposiciones sobre el deber de información, puede consultar la Política de Privacidad de nuestra página web: www.colegiomayol.es

