

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre y apellidos del alumno: _____

Curso: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Nombre de la Madre/Padre: _____

Los abajo firmantes autorizamos a COLEGIO VALLMONT para que pueda administrar a nuestro hijo el siguiente medicamento de la manera recetada, y para que pueda comunicarse con la persona que recetó el medicamento si necesitara información adicional acerca del mismo. Eximimos al personal de COLEGIO VALLMONT de cualquier responsabilidad por administrar este medicamento en horario escolar. Entendemos que la información del medicamento puede ser compartida por el personal docente que trabaja con nuestro hijo cuando sea necesario, así como con el personal del 112, en caso de que sean llamados. Entendemos que el medicamento no será administrado por personal sanitario.

Medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de administración: _____

Frecuencia: _____ Por cuánto tiempo: _____

(Dosis matinal _____ mg. será administrada en el Centro, solamente si el alumno olvida tomársela en casa)

Para el tratamiento de: _____

Efectos secundarios posibles: _____

Instrucciones especiales: _____

Último día que se le debe dar: _____ / _____ / _____

ALERGIAS a medicamentos: _____

Conocemos, porque COLEGIO VALLMONT así nos ha informado, que en el Centro no existe personal sanitariamente cualificado, con conocimientos suficientes que permitan dispensar medicamentos a los alumnos en su momento y dosis adecuada.

Sin embargo, atendiendo al deber del cuidado del alumno, aquellos medicamentos usuales que cualquier padre de familia puede normalmente administrar a sus hijos, podrán ser entregados al personal responsable del alumno, siempre que conste por escrito fecha, nombre del alumno, nombre del medicamento, dosis a aplicar y su exacta temporalización.

En cualquier caso, COLEGIO VALLMONT se reserva el derecho a no asumir la responsabilidad que implica aceptar compromisos de administración de medicamentos, si lo estima procedente.

De conformidad con todo lo anterior firmamos la presente autorización.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	COLEGIO BILINGÜE VALLMONT, S.L.
Finalidad	Administración de medicamentos con autorización.
Legitimación	Consentimiento expreso del interesado. DA 23ª LOE y normativa de desarrollo. Ejecución de un contrato. Interés legítimo. Protección de intereses vitales.
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo personal sanitario y compañía de seguros en caso necesario u obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.colegiovallmont.es/politica-de-privacidad/

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FIRMA DE LA MADRE/PADRE

En _____, a _____ de _____ de 20____