

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN**

D./Dña. \_\_\_\_\_

Padre / Madre del alumno/a \_\_\_\_\_ del Curso \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente al Liceo Villa Fontana a que realice el tratamiento de los datos de salud comunicados en el presente documento, o mediante la entrega del informe médico, y que suministre a mi hijo/a los siguientes medicamentos tal y como señalo a continuación:

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Horario</b>	<b>Conservación</b>	<b>Duración</b>
_____	_____	_____	<i>En frigorífico</i>	_____
			<i>Tª ambiente</i>	
			<i>Sin luz</i>	
_____	_____	_____	<i>En frigorífico</i>	_____
			<i>Tª ambiente</i>	
			<i>Sin luz</i>	

 Se adjunta informe médico al centro.

Esta autorización tiene como finalidad poder suministrar a su hijo/a medicamentos con enfermedades puntuales y/o crónicas. Según la legislación vigente en caso de no contar con su autorización el centro no podrá dar ningún tipo de medicamento.

Y para ello firmo en Móstoles, a ..... de ..... de 20.....

**Firma: El padre / La madre**

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de salud en el presente formularios facilitados, serán tratados por el LICEO VILLA FONTANA, con la finalidad de garantizar el bienestar de los alumnos. La legitimación para el uso de estos datos está basada en el consentimiento otorgado por los tutor/es legal/es. Los datos recogidos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. No se realizará ninguna transferencia internacional de datos ni análisis de perfiles.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como otros derechos desarrollados en información adicional, deberá dirigirse al responsable del tratamiento, LICEO VILLA FONTANA en la dirección: Avda. Carlos V, N.º 27 28936 de Móstoles (MADRID), o en liceo@liceovf.eu. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN**

D./Dña. \_\_\_\_\_

Padre / Madre del alumno/a \_\_\_\_\_ del Curso \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente al Liceo Villa Fontana a que realice el tratamiento de los datos de salud comunicados en el presente documento, o mediante la entrega del informe médico, y que suministre a mi hijo/a los siguientes medicamentos tal y como señalo a continuación:

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Horario</b>	<b>Conservación</b>	<b>Duración</b>
_____	_____	_____	<i>En frigorífico</i>	_____
			<i>Tª ambiente</i>	
			<i>Sin luz</i>	
_____	_____	_____	<i>En frigorífico</i>	_____
			<i>Tª ambiente</i>	
			<i>Sin luz</i>	

 Se adjunta informe médico al centro.

Esta autorización tiene como finalidad poder suministrar a su hijo/a medicamentos con enfermedades puntuales y/o crónicas. Según la legislación vigente en caso de no contar con su autorización el centro no podrá dar ningún tipo de medicamento.

Y para ello firmo en Móstoles, a ..... de ..... de 20.....

**Firma: El padre / La madre**

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de salud en el presente formularios facilitados, serán tratados por el LICEO VILLA FONTANA, con la finalidad de garantizar el bienestar de los alumnos. La legitimación para el uso de estos datos está basada en el consentimiento otorgado por los tutor/es legal/es. Los datos recogidos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. No se realizará ninguna transferencia internacional de datos ni análisis de perfiles.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como otros derechos desarrollados en información adicional, deberá dirigirse al responsable del tratamiento, LICEO VILLA FONTANA en la dirección: Avda. Carlos V, N.º 27 28936 de Móstoles (MADRID), o en liceo@liceovf.eu. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.