



D./Dña. \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_

Autorizan al Servicio de Enfermería y/o al personal del Centro para administrar a  
\_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

la siguiente medicación prescrita por su médico en horario escolar:

Nombre medicación	dosis	vía	hora

#### DURACION DEL TRATAMIENTO

Desde el día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ inclusive.

Adjunto (marcar con X):

- Informe médico o copia de la receta.
- Medicación en su envase original que se queda en el colegio durante el tratamiento.
- Medicación en su envase original que cada día traen al colegio y después recogen por conserjería.

#### DECLARACIÓN

Marcar la casilla correspondiente en caso de que firme un solo representante legal. De no hacerse, queda automáticamente sin efecto la autorización.

- Declaro ser el único representante legal del alumno y asumo, por lo tanto, todas las obligaciones inherentes a esta autorización.
- Declaro haberme resultado imposible obtener la firma del otro representante legal del alumno y en su nombre y en el mío propio asumo, por lo tanto, todas las obligaciones inherentes a esta autorización.

NOTA INFORMATIVA: En cumplimiento con la normativa europea y estatal vigentes, el Colegio San Agustín de Alicante (en adelante, EL COLEGIO) informa a los titulares de los datos personales cedidos en este documento que está encargado de su tratamiento, que lo hará únicamente para los fines para los que son cedidos y solo mientras dure la vinculación de sus titulares con EL COLEGIO o sea preceptivo para cumplir con la legalidad. Asimismo, EL COLEGIO les recuerda que únicamente podrá cederlos a los terceros mencionados en el consentimiento entregado por los representantes legales del alumno cuando fue formalizada la matrícula de este, y de que los consintientes gozan de los derechos de acceso, rectificación, supresión ("derecho al olvido"), oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y reclamación de dichos datos personales. Podrán ejercerlos bien dirigiéndose por correo electrónico a [datos@agustinosalicante.es](mailto:datos@agustinosalicante.es) o remitiendo un escrito acompañado de copia del DNI a: Delegado de Protección de Datos/Colegio San Agustín/Pintor Pedro Camacho, 2/03015 Alicante.

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Firma del representante legal:

Firma del representante legal: