



## AUTORITZACIÓ ADMINSITRACIÓ MEDICACIÓ

Sr./Sra.

(pare/mare/tutor) \_\_\_\_\_

de l'alumne/a \_\_\_\_\_ curs \_\_\_\_\_

AUTORITZA a Escola Montessori a administrar la medicació en hores, dosis i dies detallats a continuació:

NOM MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSI \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

DIES O MOTIU ADMINSITRACIÓ: \_\_\_\_\_

L'Hospitalet,

SIGNAT:

(pare/mare/tutor)

La direcció del centre us informa que, en compliment del que estableix l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les vostres dades queden incorporades i seran tractades dins d'un fitxer, titularitat d'**Escola Montessori** amb la finalitat de dur a terme la gestió acadèmica. Així mateix, us comuniquem que podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a **Mare de Déu dels Desemparats,43 – 08903 L'Hospitalet de Llobregat**, amb una fotocòpia del DNI o qualsevol altra targeta d'identificació.