

## AUTORIZACION EXCEPCIONAL ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTO

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ (madre/padre/tutor-a) del

Niño \_\_\_\_\_

**AUTORIZO AL PERSONAL** del Colegio Diocesano Cristo de la Guía:

A que de forma extraordinaria y por ser imposible administrarlo de otra forma por el tratamiento en sí, le sea administrado a mi hijo el siguiente medicamento en las fechas, horas y dosis indicadas en este documento

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DIA/DIAS PARA ADMINISTRAR: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DOSIS: \_\_\_\_\_

Madrid, de de 20

Firma

Usted conoce y consiente que los datos que ahora facilita, sean incorporados y tratados en una base de datos automatizada, de la que es responsable la Escuela Infantil Cristo de la Guía, y que tiene por objeto la adecuada organización y prestación de las actividades y servicios de la residencia. Asimismo, usted garantiza y responde, en cualquier caso, de la veracidad de los datos personales facilitados y se compromete a facilitar cualquier actualización de los mismos. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted tiene reconocido y podrá ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición contactando con el Colegio Diocesano Cristo de la Guía, en persona o por medio de correo electrónico a la dirección, [colegio@colegiocristodelaguia.es](mailto:colegio@colegiocristodelaguia.es), o bien escribiendo al domicilio social de la centro, ubicado en C/ Ezcaray, 1, 28032, Madrid.