
AUTORIZACION ANTITÉRMICO

D/D^a _____

DNI _____ (madre/padre/tutor) del

alumno _____

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

a) Administrar a mi hijo el siguiente antitérmico _____

en la dosis _____ en caso de sufrir temperatura superior a 38°C, mientras la familia es localizada y llegue a recogerle.

Madrid, de de 2018

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 F.P.A. Colegio Diocesano 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 la F.P.A. Colegio Diocesano Cristo de la Guía, en persona o por medio de correo electrónico a la dirección, colegio@colegiocristodelaguia.es, o bien escribiendo al domicilio social de la centro, ubicado en C/ Ezcaray, 1, 28032, Madrid.