

ESCOLA MUNICIPAL DE _____



AUTORIZACIÓN MEDICINAS

Curso 20___/20___

D. / Dna. _____

Como nai/pai/titor de _____

Autorizo ó persoal da Escola Infantil Municipal de _____, a administrarlle :

Nome do medicamento:- _____

Dose e Horario: _____

Data do tratamento (principio e fin): _____

Motivo de que a medicina teña que ser administrada na escola:

**RECORDAMOS QUE OS NENOS/NENAS NON DEBEN ASISTIR AO CENTRO SE NON ESTÁN EN BO ESTADO DE SAÚDE.
ESTE DOCUMENTO DEBE IR ACOMPAÑADO DUNHA COPIA DA RECETA MÉDICA.**

En _____, a ____ de _____ 20__

Asdo.

(persoa/persoas responsable/s da administración do medicamento)

Asdo.

A posible información que puidese conter este comunicado, relacionada con datos de carácter persoal, encóntrase amparada na LOPD (Lei Orgánica 15/1999), que compromete a non utilizar estes datos para fins que non sexan os estritamente necesarios para a realización da súa misión, engadindo ademais a absoluta confidencialidade e exclusividade, quedando prohibida a calquera persoa a súa revelación, copia, distribución ou o exercicio de calquera acción relativa ao seu contido.