

El/La Sr./Sra., con DNI

como representante legal del alumno curso

Solicita y autoriza: al personal del Sagrat Cor de Sarrià administre la medicación siguiente, en substitución y por orden del representante legal del menor. Eximiendo de cualquier responsabilidad al personal del centro y al propio centro, en caso de cualquier incidencia que pudiera surgir por causa de la administración prescrita, y se considera el único responsable.

Nombre medicación.....

Dosis Horario

Del día: al día:

Se adjunta copia de la receta / informe médico.

Firma:

Os recordamos que todos los datos que nos facilitéis en este documento, se incorporaran a la Base de Datos del Sagrat Cor de Sarrià, con la finalidad de poder atenderos correctamente. Podéis acceder, rectificar, cancelar, oponeros, a que tratemos vuestros datos, limitar el tratamiento de datos, pedir la portabilidad y revocar el consentimiento otorgado, solicitándolo en la secretaria del colegio, ubicada en: Barcelona, C/Sagrats Cor n. 25.

El/La Sr./Sra., con DNI

Como representante legal del alumno curso

Solicita y autoriza: al personal del Sagrat Cor de Sarrià administre la medicación siguiente, en substitución y por orden del representante legal del menor. Eximiendo de cualquier responsabilidad al personal del centro y al propio centro, en caso de cualquier incidencia que pudiera surgir por causa de la administración prescrita, y se considera el único responsable.

Nombre medicación.....

Dosis Horario

Del día: al día:

Se adjunta copia de la receta / informe médico.

Firma:

Os recordamos que todos los datos que nos facilitéis en este documento, se incorporaran a la Base de Datos del Sagrat Cor de Sarrià, con la finalidad de poder atenderos correctamente. Podéis acceder, rectificar, cancelar, oponeros, a que tratemos vuestros datos, limitar el tratamiento de datos, pedir la portabilidad y revocar el consentimiento otorgado, solicitándolo en la secretaria del colegio, ubicada en: Barcelona, C/Sagrats Cor n. 25.