

## SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

El pare/mare/tutor \_\_\_\_\_  
de l'alumne \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_\_\_ curs, grup \_\_\_\_\_, d'Educació \_\_\_\_\_.

**Demana** a la direcció que el personal de l'escola administri la medicació prescrita pel doctor....., núm. col·legiat..... en data..... consistent en..... a subministrar cada .....hores en substitució i per ordre de (pare/mare o tutor).

**Acompanya** còpia autèntica de la prescripció facultativa.

**Manifesta** que el/la menor ha de prendre la medicació recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable

En/Na \_\_\_\_\_  
(NOM I COGNOMS DEL SOTASIGNANT)

Signatura pare/mare/tutor

Posem en el seu coneixement que:

**El responsable del tractament** és **L'ESCOLA MARE DE DÉU DEL CARME** amb domicili al Carrer Dr. Robert 5-7 del Prat de Llobregat

**La finalitat** de la recollida de dades és la prestació dels serveis que ens demaneu.

**La legitimitació** de la recollida és el consentiment que atorgueu en lliurar aquest document i el compliment de les obligacions legals i contractuals.

**Drets:** Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, portabilitat de les dades, a no estar sotmès a decisions individuals automatitzades i a la revocació. Per exercir els anteriors drets us heu de dirigir al nostre domicili social.

**Més informació** sobre la política de privacitat: <https://www.escolamdcprat.com/avis-legal-politica-de-privacitat/>