

ADMINISTRACIÓ DE MEDICINES (Model en cas de necessitat)

En/na _____ amb DNI o Passaport _____,
com a família, tutor/a legal de l'infant _____ de _____ curs.

DEMANO I AUTORITZO al personal de l'Escola Baldiri Reixac l'administració de la
següent medicació (**sempre adjuntant l'informe del metge/essa**):

- Nom de la medicina:
- Hora que l'ha de prendre:
- Dosi:
- Duració del tractament:

Barcelona, _____ d _____ de 20__

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Escola Baldiri Reixac

Finalitat: Gestionar l'acció educativa, l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies, l'avaluació objectiva del rendiment escolar, el compromís de l'alumnat i llurs famílies en el procés educatiu i l'accés als serveis digitals i telemàtics facilitats pel Departament o propis del centre..

Legitimació: Missió realitzada en interès públic

Destinataris: No es fan cessions.

Drets: Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, supressió, limitació o oposició al tractament i portabilitat mitjançant un escrit adreçat al centre educatiu (C/ Olot s/n 08024 Barcelona), o bé mitjançant un correu electrònic dirigit a a8002174@xtec.cat. +info www.baldirireixac.cat

Informació addicional: +info www.baldirireixac.cat