



## PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D..... y

Dña.....,

Mayores de edad, vecinos de.....,

padres del alumno.....,

a quien, por prescripción médica (se adjunta copia), suministran personalmente medicación, solicitan al Centro que en horario escolar se encargue de dar a su hijo la medicación que a continuación se detalla, asumiendo las consecuencias que de ello se pudieran derivar y eximiendo al Colegio de toda responsabilidad al respecto.

**Medicación:**.....  
.....

**Hora:**

En.....a.....de.....de 201

**Firma:**

“Le informamos que estos datos se van a tratar con la finalidad de realizar el suministro de medicamentos indicado. Podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la secretaria del colegio, indicando la palabra “DPTO.LOPD”, en la c/Aoiz 1, CP 31004 de Pamplona”.