

NATURAL SCHOOL

Partida de Carrús P-2 Nº 314 C - 03205 Elche (Alicante)

638 877 122 - 644 337 923

www.naturalschool.es informacion@naturalschool.es facebook.com/naturalschool



Natural School

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

DATOS PERSONALES	
NOMBRE DEL NIÑO	
EDAD	
PATOLOGÍA/ALERGIA/ INTOLERANCIA: *Adjuntar informe médico, si procede.	

MEDICACIÓN	
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	
VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral, Inyectable, etc.	
Dosis:	Horas de Administración:
PERIODO DE ADMINISTRACIÓN (fechas):	
Desde	Hasta

Por medio de la presente, autorizo que se le administre a mi hijo el medicamento descrito anteriormente por parte del personal de Natural School. Asimismo me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro de cualquier responsabilidad, de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de medicamentos a mi hijo/a.

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha:

Firma:

Se comunica que sus datos están incluidos en un fichero automatizado con el objeto de prestar a su hijo asistencia médica, en el caso de ser necesario. Vd. puede acceder a la información para su consulta, modificarla o cancelarla, dirigiéndose a Natural School. Hasta el momento, entendemos que disponemos de su autorización para utilizar esta información con los fines antes mencionados (L.O. 5/1992). De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, referente a la protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automatizado, previamente comunicado a la Agencia de Protección de Datos.