

## **AUTORIZACIÓN OBLIGATORIA DE LOS PADRES/TUTORES**

### **PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

**Me comprometo a comunicar a la Dirección del Centro la información sobre la salud de mi hijo con respecto a:**

- *Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.*
- *Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos (adjuntado informe médico).*

En caso de que mi hijo/a sufra una enfermedad importante, me comprometo a presentar personalmente al Director/a el informe confidencial de mi hijo/a informado de cualquier evolución relacionada con su patología.

*Declaro depositar, si fuera necesario, en la Dirección del Centro, los medicamentos, con una fotocopia de la correspondiente receta y el informe médico.*

*En caso de que mi hijo/a presente un cuadro médico particular, me comprometo a entregarles dicha información confidencial en sobre cerrado, que sólo se abriría en caso de necesidad.*

Autorizo al equipo pedagógico del CRIE de Zamora y a los acompañantes a tomar las medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mi hijo/a.

Alumno.....

El padre/madre/tutor

Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL</b>	
<b>Responsable del tratamiento</b>	<i>Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado.</i>
<b>Finalidad del tratamiento</b>	<i>Gestionar actividades desarrolladas por los CRIE.</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal</i>
<b>Derechos</b>	<i>Derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la página web del CRIE.</i>