

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 sobrecerrado, quedo sólo se abrirá 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.: _____

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