Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

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 confidencialen sobrecerrado, quesólo seabriríaencaso 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.:_____

TRAER FOTOCOPIA DEL DNI Y DE LA TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

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