

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA  
ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD COMÚN  
(sin receta médica)**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con  
D.N.I \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_, en C/  
\_\_\_\_\_, madre/padre del alumno/a  
\_\_\_\_\_, que cursa sus estudios en el  
nivel de \_\_\_\_\_ del colegio CLARET de Segovia

**EXPONE:**

**PRIMERO.-** Que mi hijo/a \_\_\_\_\_ está  
enfermo de \_\_\_\_\_.

**SEGUNDO.-** Que como consecuencia de lo anterior está tomando  
\_\_\_\_\_

**TERCERO.-** Que el medicamento debe tomarlo en el horario escolar según  
se especifica a continuación:

*(es necesario que se explicita detalladamente cuándo debe administrarse cada  
medicamento, cuales son las dosis y como se administra).*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CUARTO.-** Que se solicita y autoriza a que se proceda a la administración de  
la medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del educador bajo  
cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

*En cumplimiento de la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de salud en el presente formularios facilitados, serán tratados por el COLEGIO CLARET SEGOVIA, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de la relación académica y educativa, velando en todo momento por el bienestar de los alumnos. La legitimación para el uso de estos datos está basada en el consentimiento otorgado por el tutor/es legal/es. Los datos recogidos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. No se realizará ninguna transferencia internacional de datos ni análisis de perfiles.*

*Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como otros derechos desarrollados en información adicional, deberá dirigirse al responsable del tratamiento, COLEGIO CLARET SEGOVIA en la dirección: Avda. Padre Claret, 3, 40003 de Segovia, o en [dpd@claretianos.es](mailto:dpd@claretianos.es). Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.*

En Segovia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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