

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN

CEIP ANTONIO MACHADO - ALCALÁ DE HENARES - 28033621

D^a..... con DNI/NIE/Pasaporte:
con teléfono de contacto:

D..... con DNI/NIE/Pasaporte:
con teléfono de contacto:

Como madres, padres, tutores legales del alumno/a:

(Indicar nombre y apellidos del alumno/s en mayúsculas):

NIVEL / CURSO

1...../...../.....

2...../...../.....

☐ Sí autorizo al personal del C.E.I.P. Antonio Machado, la administración de los medicamentos que constan prescritos en el Informe médico y en el Protocolo de actuación del alumno/a arriba indicado/a.

En, a de de 20

Firma (madre/padre/tutor/a legal):

Firma (madre/padre/tutor/a legal):

“De conformidad con el artículo 195 del Código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio no de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate con el fin de salvar la vida del alérgico”

"Los datos personales recogidos en este formulario serán de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace: www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento."

"Programa cofinanciado por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes y el Fondo Social Europeo Plus (FSE+)"

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a.....con DNI/NIE/Pasaporte:.....
y domicilio en.....
de la localidad de..... código postal.....
con teléfono móvil....., en calidad de.....del alumno/a:
.....nacido/a el:
(día) de (mes) de (año)

DECLARO:

Que el impreso de solicitud de admisión al que se adjunta esta declaración está firmado por uno solo de los progenitores debido a:

- ☐ Familia monoparental
- ☐ Fallecimiento del otro progenitor
- ☐ Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- ☐ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- ☐ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor, por residencia en otro país o desconocimiento de su domicilio
- ☐ Consentimiento expreso del otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- ☐ Otras circunstancias (a especificar cuál):

.....
.....

Para lo que aporta la siguiente documentación:

.....
.....
.....

Que es consciente de que esta decisión queda condicionada al conocimiento y conformidad del otro progenitor/a y, en caso de disconformidad, a lo que decida el órgano judicial competente.

Para que así conste y surta los efectos oportunos

Firma la presente declaración en, a de de 20

FIRMA DEL INTERESADO/A

"Los datos personales recogidos en este formulario serán de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace: www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento."