



e.l.m. laquitxallagurb

Gurb, a de..... del

En /Na..... sota la meva responsabilitat
ordeno que li administreu al meu fill/ala
següent medicació:

Producte.....

Dosi.....

Horari.....

Calendari: des del dia..... fins el dia.....

Indicada pel pediatre Dr/Dra.....

Per un diagnòstic de

L'escola queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes directes i indirectes que aquesta
medicació pugui ocasionar al meu fill/a.

Adjunto recepta mèdica.

Signatura:

En compliment de la **Llei Orgànica 3/2018 de 5/desembre, relatiu a la Protecció de dades personals i garantia de drets digitals**, li informem que les seves dades seran tractades convenientment segons allò disposat a la mateixa, és a dir, s'implementaran les mesures tècniques de seguretat i organitzatives per garantir la confidencialitat, integritat, disponibilitat, i resiliència permanent dels sistemes i serveis de tractament a l'escola. Per això formen part d'un fitxer, arxiu titularitat del qual és l'Associació Escola Bressol La Quitxalla. Vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, limitació, portabilitat i oblit a laquitxalla@gurb.cat.