



AUTORIZACIÓ ATENCIÓ SANITARIA AUTORIZACIÓN ATENCIÓN SANITARIA

DADES DE L'ALUMNE O ALUMNA/ DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS

DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

NUMERO SIP

ETAPA / ETAPA

CURS / CURSO

DADES FAMILIARS / DATOS FAMILIARES

NOM I COGNOMS DEL PARE, MARE O TUTORIA / NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTORIA

ADREÇA / DIRECCIÓN

POBLACIÓ / POBLACIÓN

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1

TELÈFON 2 / TELÉFONO 2

DADES MÈDIQUES / DATOS MÉDICOS

INDICAR SI EL VOSTRE FILL/A TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA. EN CAS AFIRMATIU, CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE L'ÚLTIM INFORME MÈDIC./ INDICAR SI VUESTRO HIJO/A TIENE ALGUNA DOLENCIA CRÓNICA. EN CASO AFIRMATIVO, HAY QUE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO INFORME MÉDICO.

INDICAR SI EL SEU FILL/A PATEIX ALGUN TIPUS DE REACCIÓ AL-LÈRGICA. EN CAS AFIRMATIU, CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE L'ÚLTIM INFORME MÈDIC./ INDICAR SI SU HIJO/A PADECE ALGÚN TIPO DE REACCIÓN ALÉRGICA. EN CASO AFIRMATIVO, HAY QUE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO INFORME MÉDICO.

INDIQUE SI EL SEU FILL/A PREN HABITUALMENT ALGUN MEDICAMENT I/O SEGUEIX TRACTAMENT. EN CAS AFIRMATIU, CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE L'INFORME MÈDIC ON S'ESPECIFIQUE EL NOM DEL MEDICAMENT I LA PAUTA A SEGUIR./ INDIQUE SI SU HIJO/A TOMA HABITUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO Y/O SIGUE TRATAMIENTO. EN CASO AFIRMATIVO, HAY QUE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL INFORME MÉDICO DONDE SE ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y LA PAUTA A SEGUIR.

AUTORITZE LA INFERMERA ESCOLAR I AL PERSONAL DOCENT A: / AUTORIZO A LA ENFERMERA ESCOLAR Y AL PERSONAL DOCENTE A:

	SI	NO
ADMINISTRAR MEDICAMENTS (PARACETAMOL I POMADES) / ADMINISTRAR MEDICAMENTOS (PARACETAMOL Y POMADAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REALITZAR CURES DE FERIDES LLEUS / REALIZAR CURES DE HERIDAS LEVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASLLADAR AL MEU FILL/A AL CENTRE DE SALUT / TRASLADAR A MI HIJO/A AL CENTRO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADMINSTRAR FLUOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EL PARE, LA MARE O EL REPRESENTANT LEGAL DEL ALUMNE/A
EL PADRE, LA MADRE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL ALUMNO/A

Signatura / Firma

_____ de _____, de 20__

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT: CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT (Av. Campanar, 32. 46015 València)

DELEGAT/ADA DE PROTECCIÓ DADES: Delegat/ada de Protecció de Dades de la Generalitat (DPD): Passeig de l'Albereda, 16. 46010 València. Es pot contactar per correu postal o electrònic: dpd@gva.es

DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES: Les persones interessades poden exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat de les seues dades personals incloses en els tractaments d'esta conselleria. Així mateix, en el cas que la legitimació del tractament provinga del consentiment, es podrà retirar en qualsevol moment el consentiment prèviament atorgat.

EXERCICI DE DRETS: La informació bàsica es pot consultar en el següent enllaç: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970&version=amp
L'exercici dels drets pot dur-se a terme, amb la identificació prèvia, per mitjà d'escrit adreçat a la Sotssecretaria a través de qualsevol de les vies següents: 1A través del tràmit electrònic en aquest enllaç. 2Enviant la petició a qualsevol de les adreces següents: Postal: Avinguda de Campanar, 32. 46015 València. Electrònica: protecciondedadeseducacion@gva.es. 3De manera presencial a través del registre.

RECLAMACIÓ DAVANT L'AEPD: Si les persones interessades entenen que s'han vist perjudicades pel tractament o en l'exercici dels seus drets, poden presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, accedint a la seua electrònica a través de <https://www.aepd.es>. Prèviament poden contactar amb la Delegació de Protecció de Dades de la Generalitat.

+ Informació: Pot consultar informació adicional sobre aquest tema a través del següent enllaç: <https://portal.edu.gva.es/ceipalfas/secretaria/proteccio-de-dades/>