



**AUTORIZACIÓN DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN/
DECLARACIÓN DE ALERGIAS MENORES DE EDAD**

EFA EL LLANO

2021

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

DECLARACIÓN DE ALERGIAS:

●ALÉRGICO/A A: _____

●INTOLERANTE A: _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

●CONTACTO 1: _____

TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____

●CONTACTO 2: _____

TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PRETECCIÓN DE DATOS

Autorizamos a la EFA EL LLANO para que, en caso de que sea necesario, pueda administrarme antitérmicos (en caso de fiebre) y analgésicos (en caso de dolor leve o moderado).

Nota: En caso de precisar la administración de otro tipo de medicamentos (antibióticos, mucolíticos, etc.) será indispensable traer la prescripción médica, así como el medicamento y rellenar el impreso correspondiente en Secretaría.

Autorizo a la EFA EL LLANO para que puedan trasladarme a un centro hospitalario en caso de urgencia o necesidad.

Autorizo a CENTRO DE INICIATIVAS PARA LA FORMACIÓN AGRARIA, S.A. (CIFASA), titular de EFA EL LLANO (centro), para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a mi salud que ahora les facilito o que les facilitaré durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para que cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.

Autorizo a EFA EL LLANO para que facilite mis datos de contacto (nombre, apellidos, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) al centro médico de atención, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en caso de que sufra algún accidente escolar para mi tratamiento.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FIRMA DE LA MADRE / TUTORA

FIRMA DEL ALUMNO/A


En Humanes, a _____ de _____ de 20__

EFA EL LLANO

C/ La Soledad s/n. HUMANES DE MOHERNANDO. Guadalajara. Telf: 949850075

email: efa-el-llano@efa-centro.org

www.efaelllano.org

	AUTORIZACIÓN DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN/ DECLARACIÓN DE ALERGIAS MENORES DE EDAD	
	EFA EL LLANO	2021

Información básica sobre protección de datos	
<i>Responsable</i>	CENTRO DE INICIATIVAS PARA LA FORMACION AGRARIA, S.A. (CIFASA)
<i>Finalidad</i>	Prevención y prestación de asistencia sanitaria cuando sea necesaria. Localización en casos de urgencia.
<i>Legitimación</i>	Consentimiento expreso del interesado; DA 23ª LOE y normativa de desarrollo. Ejecución de un contrato. Interés legítimo. Protección de intereses vitales.
<i>Destinatarios</i>	No se cederán datos a terceros, salvo en los casos autorizados en esta ficha y salvo en los casos de obligación legal.
<i>Derechos</i>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
<i>Información adicional</i>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.efaellano.org