



CERTIFICADO DE JUSTIFICACIÓN de Enfermedades, alergias, etc.
Protocolo de actuación (Para tratamientos más de una semana)

Para los tratamientos menores de una semana solo se deberá entregar la autorización de los padres al Servicio Médico para su administración.

Datos del alumno

Apellido 1º:	Apellido 2º:	
Nombre:	Curso:	Grupo:
Teléfono de contacto:		

Especificar y describir la situación

Muy importante: Este Certificado deberá ir acompañado con la documentación médica, etc. necesaria que justifique la situación descrita anteriormente.

Datos prácticos (escriba lo que corresponda):

Fecha de inicio de la situación:	Fecha de finalización:
Tipo de enfermedad:	Tipo de alergia:
Hora de la toma:	
Dieta:	
Tipo y cantidades:	
No puede hacer:	
Otros asuntos a tener en cuenta:	

Muy importante: Con el fin de recabar toda la información necesaria para mantener la seguridad de nuestros alumnos en todo momento, y dado que por su importancia debe ser actualizada cada curso escolar, necesitamos que nos indique si autorizan la administración de medicación no sujeta a prescripción médica, a juicio y criterio del Servicio de Enfermería, en caso de enfermedad común, malestar general, realización de curas y/u otras necesidades:

- Consiento la administración de medicación no sujeta a prescripción médica, a juicio y criterio del Servicio de Enfermería, en caso de enfermedad común, malestar general, realización de curas y/u otras necesidades.
- No consiento.

EN CASO DE AUTORIZACIÓN, APUNTAR EN OBSERVACIONES, LAS MEDICACIONES AUTORIZADAS EN CASO DE FIEBRE Y MALESTAR GENERAL.

OBSERVACIONES: _____



* PREVIO A LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO O ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN, SE CONTACTARÁ CON LA FAMILIA O TUTOR DEL ALUMNO/A PARA INFORMAR DE LAS PAUTAS A SEGUIR SEGÚN LAS NECESIDADES.

CONSENTIMIENTO EXPRESO MENORES.

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D),

SE INFORMA:

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es el Colegio San Agustín.
- Sólo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores o personas a cargo designadas por los mismos.
- Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del tutor o representante legal del menor, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.

Madrid, a de de 20

Firma del padre/madre/tutor legal:

Nombre: _____

DNI: _____

Firma

Este Certificado y los documentos justificativos deben entregarlos personalmente al Servicio Médico del Colegio San Agustín. **Muy importante: Entregar CUATRO COPIAS de cada documento.**