



— COLEGIO —  
Ángel de la Guarda

**CPR PLURILINGÜE**  
**ÁNGEL DE LA GUARDA**

Nigrán - Pontevedra

Tel. 986 368 073

[www.colegioaguarda.com](http://www.colegioaguarda.com)

[info@colegioaguarda.com](mailto:info@colegioaguarda.com)

## AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dona ..... DNI.....

autorizo ó profesor/a do meu fillo/a ..... do curso.....

para que administre a medicación indicada a continuación.

NOME DO MEDICAMENTO .....

CANTIDADE A ADMINISTRAR .....

DÍA E HORA .....

E para que así conste asino esta autorización **que será entregada ó profesor-a da clase que corresponda.**

Nigran, ..... de ..... de 20....

Asinado:.....

En caso de que sexa alérxico/a a algo fágano constar a continuación:

---

---

**INFORMACION BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS/Responsable:** SOCIEDADE COOPERATIVA GALEGA LA MEDOÑA/**Finalidades:** Administración de medicamentos a los alumnos/**Legitimación:** Consentimiento del interesado/**Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal./**Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional/**Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en <https://www.colegioaguarda.com/aviso-legal>