

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/
MEDIKAMENTENVERABREICHUNGERLAUBNIS**

PADRES/ELTERN *

ALUMNO/SCHULER*

Autorizo que se le administre a mi hijo la siguiente medicación por prescripción médica:

MEDICAMENTO*

DOSIS Y VÍA*

HORARIO*

DURACIÓN

ADJUNTO/ANLAGE*

- Informe médico/Arztbrief
- Receta médica/Rezept
- Medicamento con envase original/ Medikament mit Verpackung

Firma y fecha/ Datum und Unterschrift*

Los datos marcados con * son obligatorios/* Pflichtfelder

"De conformidad con lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos que los datos que Vd. nos facilite a través del presente formulario serán incorporados a un fichero responsabilidad del COLEGIO ALEMÁN DE MADRID, con dirección en Avenida de Concha Espina 32, 28016 Madrid y da su consentimiento para que los datos sean tratados con la finalidad de prestar la atención médico-sanitaria que su hijo/a requiera. Vd. podrá en todo momento ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo por escrito al responsable del fichero - COLEGIO ALEMÁN DE MADRID- en la dirección anteriormente indicada"

"In Übereinstimmung mit dem Gesetz 15/1999 vom 13 Dezember über den Schutz personenbezogener Daten (LOPD) teilen wir Ihnen mit, dass alle auf dem vorliegenden Formular gemachten Angaben in eine unter Verantwortung der DEUTSCHEN SCHULE MADRID, Avenida de Concha Espina 32, 28016 Madrid verwalteten Datei erfasst werden und Sie Ihr Einverständnis dazu geben, dass diese ausschließlich zu dem Zweck verwendet werden, Ihrem Sohn/Ihrer Tochter die notwendige medikamentöse und medizinische Betreuung zukommen zu lassen. Sie können durch eine schriftliche Mitteilung an die DEUTSCHE SCHULE MADRID unter der zuvor angegebenen Adresse jederzeit von Ihrem Recht auf Zugang, Berichtigung, Löschung und Widerruf der Daten Gebrauch machen"