

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ D'ANTITÈRMIC

Nom i cognoms de l'alumne/a _____

Nom i cognoms del pare/mare/tutor/a legal _____

Relació amb l'alumne/a _____ Pare _____ Mare _____ Tutor/a legal

AUTORITZO

la Llar d'Infants Casa de la Sagrada Família, a administrar antitèrmic al meu fill/a, en cas de presentar febre superior a 38°C de temperatura corporal, mentre s'espera l'arribada d'alguna persona autoritzada que el/la pugui recollir.

Paracetamol _____ Dosi: _____

Ibuprofè _____ Dosi: _____

Signatura del pare/mare/tutor/a legal

Barcelona, a _____ de _____ de 20 ____ .

LA FUNDACIÓ PRIVADA CASA DE LA SAGRADA FAMÍLIA I SANT IGNASI DE LOIOLA és Responsable del tractament de les vostres dades conforme al RGPD, la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre (LOPDGDD) i demás normativa legal vigent en matèria de protecció de dades personals, amb la finalitat de dur a terme l'acció educativa del vostre fill/a. Seran conservades mentre es mantingui aquesta relació i durant el temps legalment establert. No es comunicaran a tercers a excepció d'obligació legal. Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició a **C/ Sagrada Família, 15-21, 08017, Vallvidrera, Barcelona**, o enviant un correu electrònic a **protecciondedades@casasagradafamilia.org**. Per a qualsevol reclamació podeu dirigir-vos a www.aepd.es.

Per a més informació podeu consultar la nostra política de privacitat a:

<https://www.casasagradafamilia.org/politica-de-privacitat/>.