

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

D. / Dña.

con D.N.I.

AUTORIZO: al personal de Colonias /Campamento

A administrar a mi hijo/a.....

participante de la colonia/ campamento

El siguiente medicamento:con las siguientes

dosis:.....desde el

día hasta el día

Tal como se indica en la receta médica y/o en el informe médico adjuntos.

En Alcobendas a de.....de 202....

Fdo.

Esta autorización no tiene validez si no se acompaña de la receta médica y/o el informe médico actualizados.

En cumplimiento de los artículos 13 y 14 del [Reglamento General Europeo de Protección de Datos \(UE\) 2016/679, de 27 de abril de 2016](#), le informamos de las características del tratamiento de los datos personales recogidos:

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (REGLAMENTO EUROPEO 2016/679 de 27 abril de 2016)

Responsable: JUVENTUD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Finalidad: Gestión de las Colonias, Campamentos y Actividades de Animación.

Legitimación: Consentimiento del interesado para este fin específico.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros, salvo por obligación legal y a encargados de tratamiento.

Derechos: De acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, según se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede consultar el apartado [Aquí Protegemos tus Datos](#) de nuestra página web: www.alcobendas.org