

DOCUMENTO 2. AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO.

AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO: (Adjuntar copia del informe del médico /pediatra).

Yo, _____ con DNI.: _____, EN
CLAIDAD DE MADRE del alumno/a _____. me hago
responsable de estar presente para la aplicación de medicamentos, necesarios a
mi hijo/a.

Yo, _____ con DNI.: _____

Autorizo a:

D^o/^a: _____ con DNI.: _____, en
calidad de _____, para que administren al alumno/a, el
Medicamento abajo indicado. Informándolo a sus padres ya sea mediante teléfono, o
verbalmente cuando sea recogido el alumno/a dicho día.

PATOLOGÍA:

RUTA DE ADMINISTRACIÓN (ORAL, INYECTABLE, ETC.): **NO HACE FALTA LA APLICACIÓN DE NINGÚN MEDICAMENTO**

PERIDO DE APLICACIÓN: DESDE / / HASTA / /

| NOMBRE MEDICAMENTO | DOSIS | HORARIO |
|--------------------|-------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Por medio de la presente, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al
DELEGACIÓN DEPORTES E MORÓN DE LA FRONTERA, de
cualquier responsabilidad derivada de de la decisión que he tomado.

Firmado: Padre / madre / tutor _____

DNI: _____

MORÓN DE LA FRONTERA, A DE _____ DE 20. _____

DOCUMENTO

INFORME

MÉDICO.

Reconocimiento efectuado por el Dr./Dra. _____

Colegiado/a _____ de _____ médico de Dº/ª: _____
Al solicitante del **PATRONATO**

MUNICIPAL DE DEPORTES DE MORÓN DE LA FRONTERA.

D./Dña. _____ CON DNI: _____

| CUESTIONARIO | SI | NO | En caso informativo, ESPECIFICAR |
|--|-----------|-----------|---|
| Está debidamente vacunado | | | |
| Presenta problemas cardiovasculares | | | |
| Es diabético | | | |
| Es hipertenso | | | |
| Ha padecido o padece enfermedad infectocontagiosa | | | |
| Tiene algún tipo de alergia | | | |
| Limitaciones en el campo visual y/o auditivo | | | |
| Dificultades en el manejo de sus extremidades | | | |
| Dificultades en el manejo de sus extremidades superiores | | | |
| Dificultad respiratoria | | | |
| OTRAS | | | |

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A DE DE 20

DE ACUERDO CON EL ART. 13 DEL REGLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD) Y EL ART. 11 DE LOPDGGD 3/2018 SE LE INFORMA QUE LOS DATOS FACILITADOS SERÁN TRATADOS POR EL DELEGACIÓN DE DEPORTES DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MORÓN DE LA FRONTERA, CON DOMICILIO EN PLAZA DEL POLVORÓN, S/N 1ª PLANTA, Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PMDMORON@PMDMORON.COM. PUEDE CONTACTAR CON EL DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS DPD@AYTO-MORONDELAFRONTERA.ORG. SUS DATOS SERÁN TRATADOS CON LA FINALIDAD INSCRIBIR A SU HIJO A LA COMPETICIÓN DE FUTBOL SALA. LOS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS SE CONSERVARÁN DURANTE EL TIEMPO NECESARIO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE EN CADA MOMENTO. LA BASE LEGAL PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS ES SU CONSENTIMIENTO EXPRESO. LOS DATOS, DE SER NECESARIOS, SERÁN COMUNICADOS A OTROS ORGANISMO O INSTITUCIONES. SE LE INFORMA DE QUE PUEDE EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN, LIMITACIÓN, PORTABILIDAD Y OPOSICIÓN, ASÍ COMO RETIRAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS. PUEDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS ACUDIENDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.AYTO-MORONDELAFRONTERA.ORG O A LA PÁGINA WEB DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS, ASÍ COMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE ESTE ORGANISMO DE CONSIDERARLO OPORTUNO.