



Colegio Madre María Rosa Molas
Centro Concertado
Vía Ibérica, 25
50012 Zaragoza

ANEXO I c

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD DE LOS MENORES

D/Dña. _____ con DNI _____ en
calidad de padre/madre/tutor/a del alumno/a _____ que
curso actualmente _____ de _____, comunico al Colegio Madre María Rosa Molas que padece la siguiente
alergia, _____ intolerancia _____ alimentaria _____ y/o
enfermedad _____

Y adjunto el justificante o informe médico en el que aparece la situación médica de mi hijo/a.

Con la firma del presente documento presto mi consentimiento para la recogida, tratamiento y cesión de los datos de carácter personal relativos a salud que se incluyen en el mismo, así como en los informes médicos que aporte, en los términos y con los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Asimismo, quedo informado y consiento que los datos que voluntariamente he facilitado en estos documentos sean incorporados a un fichero que se encuentra inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de datos, responsabilidad del Colegio María Rosa Molas, que serán tratados con la finalidad de llevar a cabo la gestión de la actividad educativa, así como del servicio del comedor. Para ello deberán dar a conocer a los tutores/as, que trasladarán la información a la Dirección del Centro y se custodiarán en Secretaría.

Debido a que se recaban datos especialmente protegidos (datos de salud) de los alumnos, dichos datos se encuentran protegidos con las medidas de seguridad nivel alto que exige el RD 1720/2007, de 21 de diciembre. **EN EL CASO DE PRODUCIRSE ALGUNA MODIFICACIÓN, ME COMPROMETO A COMUNICARLO POR ESCRITO, ADJUNTANDO EL INFORME MÉDICO, CON LA FINALIDAD DE MANTENER LOS DATOS ACTUALIZADOS PARA SU CORRECTA GESTIÓN. Y EN TODO CASO ACTUALIZARÉ LOS DATOS AL INICIO DE CADA CURSO ESCOLAR DE NUEVO. (SERÁ IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR EL INFORME MÉDICO CON LA SITUACIÓN ACTUALIZADA).**

Con motivo de dar cumplimiento a la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen, así como a la Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, y al Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas física en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, le informamos que los datos de carácter recogidos a través del Formulario de Matriculación y cualquier otro documento que pudiera serle solicitado, serán objeto de tratamiento por COLEGIO MADRE MARÍA ROSA MOLAS, con la finalidad de tramitar la matrícula, así como el ejercicio de la función educativa y orientadora, siendo éste nuestro interés legítimo para su tratamiento.

Los datos proporcionados se conservarán mientras el alumno/a se mantenga en el Colegio o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista obligación legal o sea estrictamente necesario para el cumplimiento de la función educativa y orientadora.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento sobre sus datos personales en lopd@mrosamolazaragoza.com y en la Secretaría del Centro.

La Titular

Y para que así conste firmo la presente autorización, en Zaragoza, a _____ de _____ de _____

Firmado Padre/Madre/Tutor/a legal:



Colegio Madre María Rosa Molas
Centro Concertado
Vía Ibérica, 25
50012 Zaragoza

PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA AL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

ANEXO I b

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA LEGAL

D./D^a.: _____
con domicilio en _____ y
teléfono/s _____ en calidad de tutor/a legal del niño/a

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo firmante, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita en tiempo escolar y por parte del personal no sanitario en el Centro docente.
- Que he recibido del Centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, **AUTORIZO** para que se le administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del Centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al Centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier convalidación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

En Zaragoza a _____ de _____ de 20_____.

Fdo.:

D.N.I.

Tutor/a legal del niño/a

Con motivo de dar cumplimiento a la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la intimidad Personal y familiar y a la Propia Imagen, así como a la Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, y al Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas física en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, le informamos que los datos de carácter recogidos a través del Formulario de Matriculación y cualquier otro documento que pudiera serle solicitado, serán objeto de tratamiento por COLEGIO MADRE MARÍA ROSA MOLAS, con la finalidad de tramitar la matrícula, así como el ejercicio de la función educativa y orientadora, siendo éste nuestro interés legítimo para su tratamiento.

Los datos proporcionados se conservarán mientras el alumno/a se mantenga en el Colegio o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista obligación legal o sea estrictamente necesario para el cumplimiento de la función educativa y orientadora.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento sobre sus datos personales en lopdmrosamolaszaragoza.com y en la Secretaría del Centro.

La Titular



Colegio Madre María Rosa Molas
Centro Concertado
Vía Ibérica, 25
50012 Zaragoza

PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA AL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

ANEXO I a

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Al niño/a: _____

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial):
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
- Momento preferente de administración:
- Duración fecha finalización:
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Se le deben realizar en horario escolar las siguientes actuaciones:

Otras observaciones:

ADMINISTRACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Puede presentar la siguiente situación de emergencia:

Que el profesional del Centro docente podrá identificar según los síntomas o signos que se señalan:

En ese momento deberá realizar la siguiente intervención:

- Medicamento:
- Procedimiento/vía de administración:
- Duración: (fecha de finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Facultativo/a que prescribe el tratamiento: _____

Fecha:

Fdo.:

Nº Colegiación