

## AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Padre/madre del/la alumno/a \_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_

Autorizo al Servicio Médico del Colegio Las Rosas a realizar a mi hijo/a las exploraciones médicas necesarias para la práctica de la vigilancia de la salud específica, con arreglo a los riesgos existentes en el Centro Escolar, así como a las campañas de revisiones médicas establecidas y a la administración de medicamentos, previamente pautados por su médico, a mi hijo/a durante su estancia en el Centro.

De igual modo, afirmo que los datos facilitados, relativos a los antecedentes médicos de mi hijo/a, son veraces y no hay ocultamiento por nuestra parte de los datos relativos a la salud de nuestros/as hijos/as.

Firma padre/ tutor

Firma madre/tutora

### **MUY IMPORTANTE:**

**Para una adecuada atención y un óptimo funcionamiento del servicio, hay que enviar los datos de interés médico, copia de los informes médicos oportunos, historia clínica, fotocopia de la tarjeta de la seguridad social y copia de la cartilla de vacunación, al correo [serviciomedico@colegiolasrosas.es](mailto:serviciomedico@colegiolasrosas.es). Estos datos serán tratados de manera confidencial, por parte del Servicio Médico del Colegio Las Rosas y exclusivamente para la atención sanitaria correspondiente, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).**