



Sol·licitud i autorització d'administració de medicaments als infants amb al·lèrgies

Dades Personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'infant

DNI, NIE o passaport

Telèfon

Nom i cognoms de l'infant amb al·lèrgia

Nº Targeta Sanitària (CIP)

Dades de l'activitat

Nom de l'activitat

Adreça

Codi Postal

Districte

Sol·licito

Que l'organització de l'activitat:

- Tingui accessible l'auto-injector d'adrenalina perquè, en cas d'anafilaxi (crisi al·lèrgica greu), aquest s'administri al meu fill/a per part del/de la professional autoritzat, d'acord amb la prescripció mèdica
- En cas de reacció al·lèrgica lleu o moderada, administri al meu fill/a la dosi de medicació prescrita i indicada a l'informe del metge/ssa

Autoritzo

L'administració d'adrenalina, antihistamínics i/o broncodilatadors al meu fill d'acord amb la pauta explícita en l'informe del metge que hem facilitat a l'entitat.

Lloc i data

Signatura pare, mare, tutor/a

Signatura del/la metge/essa

D'acord amb la normativa de protecció de dades us informem, i en tramitar aquesta sol·licitud consentiu, que les vostres dades personals i les del vostre fill/a seran tractades per l'entitat AE Joan Maragall, organitzadora de l'activitat, amb la finalitat d'elaborar un pla personalitzat d'atenció per al vostre fill/a per tal que el personal autoritzat li pugui administrar medicaments d'acord amb la prescripció mèdica, legitimada en base a al vostre consentiment. Les vostres dades i les del vostre fill/a seran eliminades un cop acabada l'activitat d'estiu.

Teniu dret a accedir, rectificar i suprimir les vostres dades i les del vostre fill/a, així com altres drets sobre les mateixes. Podeu consultar informació addicional sobre aquest tractament i protecció de dades a agrupamentjoanmaragall@gmail.com.

Així mateix, en compliment de la Llei de Serveis de la Societat de la Informació 34/2002 de 11 de juliol, us indiquem que en informar el camp telèfon ens autoritzeu a emprar aquest mitjà per la realització de comunicacions directament relacionades amb la finalitat indicada.

Aquest document només serà vàlid durant la participació a les activitat d'aquest any.

Cada any que l'infant participi en una activitat, s'entregarà novament aquest document i la medicació.

Espai reservat als organitzadors de l'activitat

Nom del CAP més pròxim al punt on es duu a terme l'activitat

Adreça del CAP

Nom i adreça del centre hospitalari més pròxim

Districte

Direcció de l'organització de l'activitat