HUMANITAS
BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN

SOLICITUD DE ATENCIÓN POR GABINETE MÉDICO

El niño/a _____

Presenta los siguientes síntomas _____

Por lo que solicito que mi hijo/a del CURSO _____ Infantil ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐

Reciba la medicación abajo indicada:
**(Para dicha administración es indispensable aportar la receta médica)**

- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____
- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____
- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____

Los días _____

MADRID, a de de 20 Firma padre/madre o tutor

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos personales, enviado a través de este formulario es **HUMANITAS BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN DE ARDOZ S.L**, cuya finalidad es atender su solicitud realizada a **HUMANITAS BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN DE ARDOZ S.L**, situado Calle Salvador Dalí, 3–CP 28850, Torrejón de Ardoz, Madrid. El plazo de conservación de los datos en será hasta la revocación de su consentimiento. Los datos serán tratados en base a la relación existente entre Ud. Y el centro educativo, pudiendo ser cedidos en los supuestos legalmente previstos. Ud. Podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición, presentando un escrito en la dirección anteriormente señalada o enviando un escrito a lopd@humanitastorrejon.com. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, acompañar de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo

HUMANITAS
BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN

SOLICITUD DE ATENCIÓN POR GABINETE MÉDICO

El niño/a _____

Presenta los siguientes síntomas _____

Por lo que solicito que mi hijo/a del CURSO _____ Infantil ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐

Reciba la medicación abajo indicada:
**(Para dicha administración es indispensable aportar la receta médica)**

- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____
- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____
- Medicación _____ Dosis _____ Hora _____

Los días _____

MADRID, a de de 20 Firma padre/madre o tutor

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos personales, enviado a través de este formulario es **HUMANITAS BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN DE ARDOZ S.L**, cuya finalidad es atender su solicitud realizada a **HUMANITAS BILINGUAL SCHOOL TORREJÓN DE ARDOZ S.L**, situado Calle Salvador Dalí, 3–CP 28850, Torrejón de Ardoz, Madrid. El plazo de conservación de los datos en será hasta la revocación de su consentimiento. Los datos serán tratados en base a la relación existente entre Ud. Y el centro educativo, pudiendo ser cedidos en los supuestos legalmente previstos. Ud. Podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición, presentando un escrito en la dirección anteriormente señalada o enviando un escrito a lopd@humanitastorrejon.com. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, acompañar de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo