



AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nº INSCRIPCIÓN:

DATOS DEL/LA PARTICIPANTE	
Nombre y apellidos	
Edad	
Actividad en la que participa	
TELÉFONOS DE LOCALIZACIÓN URGENTES	
Telf. móvil I	
Telf. móvil II	
Telf. fijo	
PERSONA DE EMERGENCIA EN CASO DE NO LOCALIZAR AL PADRE/MADRE/TUTOR-A	
Nombre persona contacto	Telf. persona contacto
Nombre persona contacto	Telf. persona contacto
Nombre persona contacto	Telf. persona contacto

D/Dª, _____ en calidad de padre, madre, tutor-a de niño o niña. **SOLICITO** al personal de la actividad la administración de la medicación o dieta alimenticia prescrita por su médico y que figura en la receta adjunta en el caso de precisarlo y **AUTORIZO** al personal de la actividad para que administren dicha medicación al

Fuenlabrada, a _____ de _____ de 202

Firmado:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
RESPONSABLE DE LOS DATOS: Ayuntamiento de Fuenlabrada.
BASE LEGAL DEL TRATAMIENTO: Ejercicio de competencias atribuidas al municipio por Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
DESTINATARIOS: No está prevista su comunicación salvo las cesiones derivadas del cumplimiento de una obligación legal a favor de otras Administraciones o Autoridades Públicas. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO: Gestión de actividades y programas de la Concejalía de Juventud e Infancia.
DERECHOS DE LA PERSONA INTERESADA: Pueden ejercerse los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento conforme se detalla en www.ayto-fuenlabrada.es