



Sant Sadurní d'Anoia, setembre de 2021

Apreciada Família,

El motiu de la present és per a recordar-vos que el Col·legi disposa d'una **ASSEGURANÇA D'ACCIDENTS** escolar per a tots els alumnes del centre. També disposa d'un **FONS DE SOLIDARITAT PROPI** per a accidents amb resultat de minusvàlua i d'una **PÒLISSA DE RESPONSABILITAT CIVIL**.

Els alumnes que pateixen accidents escolars que tenen lloc a les dependències del Col·legi, en horari escolar, i que no es poden resoldre al mateix centre, són traslladats a **SERVEIS MÈDICS PENEDÈS** de Sant Sadurní. Aquest centre mèdic és el que té el conveni de servei amb la nostra mútua d'accidents.

Si l'alumne després de sofrir un accident important necessita al cap d'uns dies tornar al Consultori per a fer un seguiment o treure embenatges/guixos, etc. Això és sota la RESPONSABILITAT DELS PARES. El Professors(res) no poden encarregar-se de fer els seguiments.

Al mateix temps, us tornem a informar –seguint les indicacions del Departament d'Ensenyament i de la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal i del Reglament Europeu de Protecció de Dades– que per tal de poder administrar qualsevol medicament al vostre fill(a) cal que ompliu i doneu a la tutora, degudament signat, el formulari de **SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS AL COL·LEGI**.

Atentament,

**LA DIRECCIÓ**

*Posem en el seu coneixement que les dades que ens faciliteu voluntàriament en aquest document seran tractades pel Col·legi Sant Josep, amb la finalitat de poder atendre-us correctament. Pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, revocació, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat dirigint-se al Delegat de Protecció de Dades a la adreça [fcps.proteccio.dades@stjosep.com](mailto:fcps.proteccio.dades@stjosep.com)*



Sant Sadurní d'Anoia, curs 2021-22

**SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS AL COL·LEGI**

En/na ..... (pare, mare, o tutor/a legal) de  
l'alumne .....  
de ..... curs, grup ....., de l'etapa d'educació .....  
DEMANA I AUTORITZA L'ADMINISTRACIÓ del medicament que ha de prendre el meu  
fill(a), que consta explicitat en la corresponent recepta mèdica que s'adjunta (còpia autèntica  
de la prescripció facultativa).

Demana i autoritza,

**1r.-** Que el personal del col·legi subministri la medicació prescrita pel doctor en substitució i  
per ordre de (pare/mare o tutor).

DOSI ..... HORARI..... DIES.....

**2n.-** El sotasignant (pare/mare o tutor) ha decidit pel seu compte i risc subministrar la  
medicació prescrita pel doctor eximint de qualsevol responsabilitat al personal del col·legi i al  
col·legi mateix.

**3r.-** El sotasignant (pare/mare o tutor) declara que el nen/na pot prendre la medicació  
referenciada i, que en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa del  
subministrament prescrit, se'n fa l'únic responsable.

*(Signatura del pare, mare o tutor legal)*

Sant Sadurní d'Anoia, curs 2021-22

**ACCEPTO**

(Signatura i segell Col·legi)

**Nom i Cognoms:** .....

**DNI o passaport:** .....