



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I UNIVERSITAT
B

CONSELLERIA
SERVEIS SOCIALS
I COOPERACIÓ

CONSELLERIA
SALUT

ANNEX 2 Clàusula de protecció de dades

Nom:		Llinatges:	
Data de naixement:		Edat:	
Domicili:			
Localitat:		Codi postal:	
Telèfon fix:		Telèfon mòbil:	
La persona titular de la pàtria potestat (pare, mare o tutor/a)			
Nom:		Llinatges:	
Document d'identitat:			

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les vostres dades personals i les del vostre fill o filla s'incorporaran i es tractaran al Registre d'Atenció Primerenca, Desenvolupament i Salut Mental a Menors amb la finalitat de proporcionar-li accés als seus programes.

Per coordinar l'atenció multidisciplinària i agilitar les actuacions com a part del programa és necessària la vostra autorització per cedir les vostres dades personals i les de salut del vostre fill o filla (limitant la informació a aquella estrictament necessària en cada cas) als organismes del Servei de Salut de les Illes Balears dependents de la Conselleria de Salut, als organismes dependents de la Conselleria d'Educació i Universitat i als diferents equips dels serveis socials dependents tant de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació com de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, del Consell Insular de Menorca i del Consell Insular d'Eivissa i Formentera, segons correspongui. Així mateix, us inform que qualsevol professional que intervengui en qualsevol fase del tractament de dades està obligat a guardar-ne secret professional.

Els responsables dels fitxers als quals s'incorporen les dades de caràcter personal són la Conselleria d'Educació i Universitat, la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació i el Servei de Salut de les Illes Balears.

Podeu exercir el vostre dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant qualsevol de les unitats d'atenció al ciutadà dels responsables dels fitxers.

AUTORITZ, en signar aquest document, les cessions descrites més amunt.

MANIFEST sota la meva responsabilitat, com a representant legal, que en data d'aquesta autorització, no existeix cap circumstància que pugui afectar la validesa de la representació legal de la persona interessada. Igualment, en el cas que l'autorització la faci un dels progenitors del menor, manifest que actuu en l'exercici ordinari de la pàtria potestat, sempre amb el coneixement i consentiment de l'altre progenitor d'acord amb l'article 156 del Codi civil.

[data]

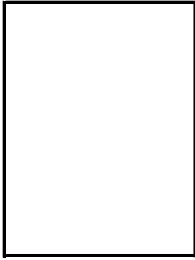
[rúbrica]



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I UNIVERSITAT
B DIRECCIÓ GENERAL
/ INNOVACIÓ
I COMUNITAT EDUCATIVA

ANNEX 3

Fitxa¹ de l'alumne/a amb alguna patologia crònica

Nom i llinatges de l'alumne/a:	Fotografia (opcional) 
Nom i llinatges del tutor/ de la tutora del curs:	
Nivell escolar: _____	
Nom i llinatges del pare, mare o tutor/a legal:	
Adreça completa(nom de la via, número i pis)	
Localitat (i municipi): _____	
Telèfon de contacte: _____	
Centre de salut de referència del centre educatiu: _____	
Equip sanitari de referència i telèfons de contacte: _____	
Problema de salut: _____	

¹ Aquesta fitxa és confidencial i ha d'anar acompanyada d'un informe clínic en el cas que impliqui una pauta d'actuació dins l'horari escolar.



ANNEX 4

Model d'informe clínic ¹

(aquest informe és confidencial)

Nom i llinatges del metge/ de la metgessa: _____
Número de col·legiació: _____
INFORM:
1. Que l'alumne/a _____ d _____ anys d'edat, pateix actualment al·lèrgies a _____
2. Que rep el tractament següent: _____
3. Que les pautes que s'han de seguir són: _____
4. Que, en cas d'urgència rebre l'atenció següent: _____
[data]
[rúbrica] _____ [segell]

¹ Emplenau-lo només en el cas que el tractament impliqui una pauta d'actuació en l'horari escolar. Es pot emprar com a informe de salut el model vigent en el Servei de Salut, emplenat pel metge o la metgessa que tracta l'infant o jove. També es pot utilitzar aquest model. En el cas d'alumnes adscrits al Programa d'Alerta Escolar Balear s'ha de fer servir el pla d'actuació signat pel metge i la família.



ANNEX 6

Autorització per a l'administració de medicaments ¹

[Nom i Llinatges] _____

, amb el número de document d'identidad _____, com a pa-
re, mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____

_____, del centre educatiu _____

_____, del nivell escolar _____

AUTORITZ

El personal del centre educatiu, i l'alliber de tota responsabilitat, a administrar a l'alumne/a
en qüestió, el medicament ¹ següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament: _____

Dies en què s'ha d'administrar: _____

Dosi: _____

L'equip directiu informarà el personal del centre educatiu (responsables directes de la supervisió del menor) sobre la patologia crònica de l'alumne/a en qüestió, per facilitar la tasca coordinadora d'atenció sanitària i l'administració de medicació en els termes necessaris per a una atenció adequada.

[data] _____

[rúbrica] _____

¹ Es demana al pare, mare o tutor legal de l'alumne/a que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.