



HEZKUNTZA SAILA / OSASUN SAILA  
Gipuzkoako Lurralde Ordezkaritzak

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN / DEPARTAMENTO DE SALUD  
Delegaciones Territoriales de Gipuzkoa

### MEDIKAZIOA EMATEKO BAIMENA

Aita/ ama / tutoreen baimenarekin ikasleei medikazioa eman behar zaienean eskolaren lana erraztuko du baimen honek

IKASLEAREN IZEN-DEITURAK		ARGAZKIA
JAIOTEGUNA		
ZIKLOA ETA MAILA		
AMA / AITA / TUTOREA		
HARREMANETARAKO PERTSONA ETA TELEFONOA:		

Nik.....  
ikasle honen amak/aitak/legezko tutoreak .....

#### 1.- Umearen osasunarekin zerikusia duten gorabeherak adierazi nahiko nituzke (X bat jarri dagokionean)

Diabetea	EZ	BAI
Arnasestua	EZ	BAI
Epilepsia	EZ	BAI
Sendagaiekiko alergia (zein diren adierazi)	EZ	BAI
Elikagaiekiko alergia (zein diren adierazi)	EZ	BAI
Bestelakoak (adierazi)	EZ	BAI

Gaixotasun horietako bat izanez gero ikaslearen pediatriaren edota familiako medikuaren txostena aurkeztea gomendatzen da, eskola-orduetan gaixotasunaren krisiren bat gertatuz gero zein arauri jarraitu behar zaion adieraziko duena. Baita gaixotasun kronikoa izan eta eskola orduan botika hartu behar badu ere.

#### 2- ..... ikastetxeari baimena ematen diot

- **Orokorrean:** Baimena ematen dut puntualki eta beharrezkoa denean (sukar, min arina eta horrelako kasuetan) sendagai hauek emateko:

Paracetamol	EZ	BAI
Ibuprofeno edo antzekoa	EZ	BAI

- **Gaixotasuna kronikoa bada edo lehenengo puntuko egoeran balego:** Baimena ematen dut medikuaren txostenean adierazitako sendagaiak emateko, betiere adieraziz sendagaia egoera onean dagoela eta tratamenduari segida emateko adinako dosia badagoela. Sendagaia eta bere kasuan materiala dakarkit eta behar bezala etiketatuta aurkezten dut ( ikaslearen izena, data eta hartzeko ordua adieraziz).

#### 3.- Ikastetxea eta sendagai-emailea erantzukizunetik salbuesten ditut, goian adierazitako araei jarraituz jokatzen badute.

Aitaren / amaren / tutorearen sinadura

.....(e)n, 2019ko.....aren .....(e)an

\*Zigor Kodearen 195. artikulua araberak, jende guztiak babesgabeen eta arrisku nabarmen eta larritan daudenei lagundu behar die eta egin behar hori ez betetzea delitu da, baldin eta norberaren burua eta besterena arriskutan jarri gabe egiterik badago. Era berean, Zigor Kodearen 20. artikulua araberak, erantzukizun kriminaletik salbu daude egin beharren bat betetzen ari direnak.

\* Behean sinatzen duenak adierazten du emandako datuak egiazko eta zuzenak direla eta konpromisoa hartzen du gerta daitezkeen aldaketen berri emateko. Datu Pertsonalak Babesteari buruzko 15/1999 Lege Organikoaren arabera bermatuta dago emandako datuen segurtasun eta konfidentialtasuna bai eta datu horiek agiri honetan adierazten diren helburuak betetzeko soilik erabiliko direla ere.



HEZKUNTZA SAILA / OSASUN SAILA  
Gipuzkoako Lurralde Ordezkaritzak

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN / DEPARTAMENTO DE SALUD  
Delegaciones Territoriales de Gipuzkoa

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN**  
Esta autorización facilitará la labor de la escuela para suministrar medicación a los alumnos con el consentimiento de los padres/madres/tutores

<b>NOMBRE DEL ALUMNO/A</b>		<b>FOTO</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		
<b>CICLO Y CURSO</b>		
<b>MADRE/PADRE/TUTOR/A</b>		
<b>PERSONA DE CONTACTO Y TELEFONO:</b>		

Yo .....  
Como madre/padre/tutor-a legal del alumno/a .....

**1.- Deseo informar de los siguientes aspectos relacionados con su salud** (marcar con una X donde proceda):

Diabetes	NO	SÍ
Asma	NO	SÍ
Epilepsia	NO	SÍ
Alergias medicamentosas (indicar cuales)	NO	SÍ
Alergias alimentarias (indicar cuales)	NO	SÍ
Otros (indicar)	NO	SÍ

En caso de presentar alguna de las enfermedades anteriores se recomienda aportar un informe del pediatra/médico de familia del alumno/a con la pauta a seguir en caso de producirse una crisis de la enfermedad durante el horario escolar o precisar tratamiento por enfermedad crónica durante el horario escolar.

**2.- Autorizo al centro escolar** .....

- **En general:** Autorizo a que administre de forma puntual y en caso de necesidad (fiebre, dolor de causa leve....), los siguientes medicamentos:

Paracetamol	NO	SÍ
Ibuprofeno o similar	NO	SÍ

- **En caso de enfermedad crónica o supuestos relacionados con el punto 1:** Autorizo a que administre los medicamentos prescritos en informe médico aportado, declarando que el medicamento está en condiciones de uso y tiene la dosis necesaria para continuar el tratamiento. Facilito el medicamento y material (en su caso) y lo presento debidamente etiquetado (nombre del alumno/a, fecha y hora de toma).

**3.- Eximo de responsabilidad al Colegio y a la persona que administre los medicamentos y actúe según las pautas arriba indicadas.**

**Firma del padre/madre/tutor/a**

En .....a.....de.....2019

\*El artículo 195 del código Penal, establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a otras que se hallen desamparadas y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

\* El suscribiente manifiesta que los datos facilitados son ciertos y correctos, y se compromete a comunicar los cambios que se produzcan en los mismos. De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Administración garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos facilitados y su uso exclusivo para los fines que señala este documento.