



**CEIP "JARDÍN DE LA REINA"**

Avda. del Mediterráneo 5. 18006.-Granada.

**958893234**

[18003727.edu@juntadeandalucia.es](mailto:18003727.edu@juntadeandalucia.es)

[www.jardindelareina.org](http://www.jardindelareina.org)

**MODELO DE CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO PARA EL  
TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS CONCERNIENTES A LA  
SALUD**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, representante legal  
del/la menor \_\_\_\_\_ matriculado/a en el curso  
\_\_\_\_\_, consiente expresamente y autoriza a la Dirección del Centro Educativo  
Jardín de la Reina, para que realice el tratamiento y cesión de los datos del/la menor relativos a  
su nombre, domicilio y demás información de especial protección, como aquella relativa a la  
Salud del alumno/a, a la Consejería de Educación a objeto que ésta realice un estudio sobre las  
incidencias de la salud del alumnado en los centros de Andalucía y adopte mecanismos para su  
adecuada atención.

Marcar a continuación la enfermedad relativa al alumno/a:

- Alergia alimentaria y/o al latex
- Asma
- Cardiopatías
- Diabetes
- Epilepsia

En Granada a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Fdo. Representante legal del alumno/a



**CEIP "JARDÍN DE LA REINA"**

Avda. del Mediterráneo 5. 18006.-Granada.

**958893234**

[18003727.edu@juntadeandalucia.es](mailto:18003727.edu@juntadeandalucia.es)

[www.jardindelareina.org](http://www.jardindelareina.org)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con DNI N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor legal del  
alumno/a \_\_\_\_\_

Del curso \_\_\_\_\_ del CEIP Jardín de la Reina,

Autorizo al centro a exponer de forma nítida la documentación de la enfermedad crónica de mi hijo/a, en lugar visible de la clase, con foto actualizada, números de teléfono de emergencias, medicamentos autorizados por prescripción médica y números de teléfonos directos.

En Granada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado:

Padre/madre/tutor legal del alumno/a