**AUTORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS PARA COORDINACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA**

D./Dª.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/ NIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Padre/ madre o /tutor del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en la localidad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]  Autorizo** **[ ]  No autorizo**

A D./Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fisioterapeuta que atiende al alumno/a durante el presente curso escolar para solicitar información al profesional sanitario

D./Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Hospital/Centro sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la finalidad de realizar las coordinaciones oportunas sobre las pautas e indicaciones que se incluyen en el informe médico, para comunicar cualquier cambio significativo que se observe y que deba ser puesto en conocimiento del personal facultativo. Así como en casos de urgencia o alteraciones que pudieran manifestarse en el centro educativo.

De conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), declaro conocer el derecho que me asiste de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito dirigido a la dirección del centro y presentando en la secretaría del mismo.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_

FDO: \_\_\_\_\_\_\_