



DON/A .....CON D.N.I .....

DOY MI AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DEL CENTRO PARA QUE PUEDA ADMINISTRAR

PARACETAMOL

A MI HIJO/A .....CURSO .....NIVEL .....

SIEMPRE QUE SEA NECESARIO.

SI SU HIJO ES ALÉRGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO INDÍQUENOSLO

A CONTINUACIÓN:

.....  
.....  
.....  
.....

MADRID .....DE .....DEL 20

FIRMADO .....

**ENTREGAR EN SECRETARIA ( NIEVES )**

**TEMBLEQUE , 104 TLF, : 91 - 717 69 46 . FAX : 91 - 718 13 58 , 28024 - MADRID**