



DON/ACON D.N.I

DOY MI AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DEL CENTRO PARA QUE PUEDA ADMINISTRAR

PARACETAMOL

A MI HIJO/ACURSONIVEL

SIEMPRE QUE SEA NECESARIO.

SI SU HIJO ES ALÉRGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO INDÍQUENOSLO

A CONTINUACIÓN:

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

MADRIDDEDEL 20

FIRMADO

ENTREGAR EN SECRETARIA (NIEVES)

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