



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

SR/SRA., AMB NIF

AMB DOMICILI ALS EFECTES DE NOTIFICACIÓ EN

.....

LOCALITAT....., CP, PROVÍNCIA

TELÈFONS/...../.....

CORREU ELECTRÒNIC

PARE, MARE, TUTOR/A LEGAL DE L'ALUMNE/ALUMNA

.....

DEL CURS..... GRUP..... DEL CEIP SAN JUAN DE RIBERA D'ALFARA

DEL PATRIARCA AMB NÚMERO DE SIP

AQUESTA FITXA ES COMPLEMENTA AMB INFORME MÈDIC QUE S'HAURÀ
D'ADJUNTAR EL DIA QUE L'ALUMNE/A NECESSITE MEDICACIÓ.

Alfara del Patriarca, _____ de _____ de 20__