



GENERALITAT  
VALENCIANA  
CONSELLERIA D'EDUCACIÓ



## PROGRAMA DE SALUT BUCODENTAL

En/Na \_\_\_\_\_

pare/mare o tutor legal de \_\_\_\_\_

**NO AUTORITZE** que el meu fill/a realitze els col·lutoris fluorats prevists entre les activitats de l'aula del Programa de Salut Bucodental.

Signatura: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_