



AJUNTAMENT

D'ALBALAT DELS SORELLS

Jo Yo, Sr./Sra.D/Dña. _____, pare/mare del
xiquet/a *padre/madre del niño/a* _____,
davall la meua responsabilitat autoritze a la monitora de l'Escola Matinera a que
administre el següent medicament al/a la meu/a fill/a *bajo mi responsabilidad autorizo*
a la monitora de la Escuela Matinera a que administre el siguiente medicamento a mi
hijo/a:

Medicament *Medicamento:* _____

Dosi *Dosis:* _____

Hora *Hora:* _____

Per tal que conste a on procedisca, signa la present *Para que conste donde proceda,*
firma la presente.

A Albalat dels Sorells, a _____ de _____ de 201
En Albalat del Sorells, a _____ de _____ de 201 .

Firmat *Firmado :* _____