

CRA LA ESGUEVA

Yo _____ como padre/madre/tutor de mi
hijo/a _____ autorizo al personal del centro para
que le dé a mi hijo el medicamento que lleva en la mochila.

Tiene que tomar la siguiente dosis: _____

Firma del padre/madre/tutor:

C/ Ramón y Cajal 29, ESGUEVILLAS DE ESGUEVA (VALLADOLID) C.P.: 47176

Tfno.: 983 68 65 84

Correo-e.: 47007215@educa.jcyl.es

CRA LA ESGUEVA

Yo _____ como padre/madre/tutor de mi
hijo/a _____ autorizo al personal del centro para
que le dé a mi hijo el medicamento que lleva en la mochila.

Tiene que tomar la siguiente dosis: _____

Firma del padre/madre/tutor:

C/ Ramón y Cajal 29, ESGUEVILLAS DE ESGUEVA (VALLADOLID) C.P.: 47176

Tfno.: 983 68 65 84

Correo-e.: 47007215@educa.jcyl.es