

ESCOLA BRESSOL YONI

Rovira i Virgili, 54 43002 TARRAGONA

977 21 61 53 yonirv@tinet.org



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/na _____, com a tutor/a de

l'alumne/a _____, **si / no** (marcar el que

procedeixi) autoritzo a les educadores de l'ESCOLA BRESSOL YONI a que en cas que el nostre

fill/a tingui febre i no ens puguin localitzar, li sigui administrat un antitèrmic (Dalsy,

Apiretal...) en la dosi prescrita.

A _____ de _____ del _____

Signatura:

ESCOLA BRESSOL YONI
Rovira i Virgili, 54 43002 TARRAGONA
977 21 61 53 yonirv@tinet.org



PERSONES AUTORITZADES

A recollir a l'alumne/a _____

	NOM COGNOMS	DNI
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

Signatura tutor/a:
