

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na.....

com a pare/mare o tutor/a del nen/a.....

..... lliura al director del Campus la medicació

..... prèviament receptada pel

metge, perquè sigui administrada el/s dia/es.....

..... a l'hora/es

amb la dosi següent

Barcelona a, _____ de 2019

Firma del pare/mare o tutor/a:



AUTORITZACIÓ DE GERMANS

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare,
mare, tutor/a, autoritzo al meu fill/a _____
_____ nascut/da l'any _____ a
recollir al seu germà/na _____ a la
hora de sortida del Campus (14:00 hores o 17:00 hores).

Barcelona, _____ de 2019

Firma del pare/mare o tutor/a:



AUTORITZACIÓ RECOLLIDA

Jo, _____ amb DNI _____ com
a pare, mare, tutor/a, autoritzo a recollir al meu fill/a _____
_____ a la hora de sortida del Campus
(14:00 hores o 17:00 hores) a les següents persones:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Barcelona, _____ de 2019

Firma del pare/mare o tutor/a:



AUTORITZACIÓ SORTIDA SOL

Jo, _____ amb DNI _____ com
a pare, mare, tutor/a, autoritzo a que el meu fill/a _____
_____ surti sol a la hora de sortida del
Campus (14:00 hores o 17:00 hores).

Barcelona, _____ de 2019

Firma del pare/mare o tutor/a:

