



AUTORITZACIÓ PER SUBMINISTRAR INSULINA DINS DE L'HORARI LECTIU

El Sr. _____ amb DNI número _____

i la Sra. _____ amb DNI número _____

com a pare/mare/tutor legal del nostre fill/a _____ que cursa _____ autoritzem a

_____ (_____) perquè pugui donar la dosi d'insulina segons la

prescripció mèdica del Dr./a _____ .

Signatura pare/mare/tutor legal

Signatura pare/mare/tutor legal

Sant Feliu de Llobregat,