AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS ESPECIALS

El Sr. / La Sra. _____

com a pare / mare / tutor/a legal de l'alumne/a _____ del nivell de _____ autoritzo als professionals de l'Escola Martinet a subministrar el medicament _____

_____al meu / a la meva fill/a segons la prescripció mèdica (cal adjuntar-la).

Cornellà de Llobregat, ____ de _____ del 201__

Signatura