

Don/Doña _____

con DNI nº _____, padre/ madre/ tutor/ tutora del alumno/a

del curso _____ de _____, doy mi autorización al personal del Centro para que, siempre que sea necesario, pueda **ADMINISTRAR PARACETAMOL** a mi hijo/a.

Por favor, si su hijo/a es alérgico/a a algún medicamento indíquelo a continuación:

Madrid _____ de _____ de _____

Firmado _____

ENTREGAR AL TUTOR/A

ANTES DE FINALIZAR EL MES DE SEPTIEMBRE

