



ESCOLES BRESSOL MUNICIPALS

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL

El Sr./Sra. _____ amb DNI número _____

(pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne/a).

El Sr./Sra. _____ amb DNI número _____

(pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne/a)

Nom i cognoms infant _____

del grup classe _____,

AUTORITZEM a l'Escola Bressol Municipal _____ a administrar una dosi de paracetamol de _____ al nostre fill/filla en cas de presentar febrer igual o superior a 38° graus de temperatura corporal, amb el compromís que tot seguit vingui un familiar major d'edat autoritzat que l'acompanyi a casa.

NO AUTORITZEM a administrar una dosi de paracetamol al nostre fill/filla en cas de presentar febrer igual o superior a 38° graus de temperatura corporal, amb el compromís que tot seguit vingui un familiar major d'edat autoritzat que l'acompanyi a casa.

Signatura pare/mare/tutor/tutora legal

Signatura pare/mare/tutor/tutora legal

Sant Feliu de Llobregat, a _____ de _____ de _____