



Av. Rafael de Casanova, 33
Tel. 93 885 13 29 Mob. 606 640 097
escolasalarich.net

En/Na _____ amb DNI _____ com a mare,
pare o tutor de _____ de _____
nivell.

AUTORITZO A: L'Escola Dr. Joaquim Salarich (en la persona que delegui) a administrar:

el medicament _____

cada _____

fins _____

Vic, ____ de _____ de _____

Signatura



Av. Rafael de Casanova, 33
Tel. 93 885 13 29 Mob. 606 640 097
escolasalarich.net

En/Na _____ amb DNI _____ com a mare,
pare o tutor de _____ de _____
nivell.

AUTORITZO A: L'Escola Dr. Joaquim Salarich (en la persona que delegui) a administrar:

el medicament _____

cada _____

fins _____

Vic, ____ de _____ de _____

Signatura