



Comunidad
de Madrid



RIVAS
VACIAMADRID



escuela infantil
**LUNA
LUNERA**

Datos del niño o niña:

Nombre y Apellidos

Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor

Nombre y Apellidos

DNI/NIE

Teléfono de Contacto

Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor

Nombre y Apellidos

DNI/NIE

Teléfono de Contacto

Términos indicados:

Autorización Como padres, madres o representantes legales del menor:

Solicito y autorizo a la escuela Infantil Luna Lunera

Administren a mi hijo/a
el siguiente medicamento a las horas y con la siguiente dosis

Observaciones:

En

a