

AVORIZACION PARA SUMINISTRO DE ACETAMINOFEN
(SOLO EN CASO DE EMERGENCIAS)

Yo, _____,
portador (a) de la C.I.Nº. _____,
autorizo al C.E.I. LOS AKAWAIOS, para que a través de las
personas: MARY CARMEN ACCETTA, ANA MERCEDES
D'ANGELO, PASQUALINA DI MARE y/o SUSANA PISO;
suministre el medicamento (acetaminofén) indicado por su
pediatra (se anexa prescripción médica):
_____; ello únicamente en
caso de emergencia y en situaciones fortuitas que no me
permitan recoger a mi hijo (a): _____
a la brevedad posible al ser notificado de su quebranto de
salud.

Válido durante el año escolar Sep. 2017- Jul. 2018

Firma: _____

C.I.Nº. _____

Fecha: _____

Huella dactilar: