

SERVICIO DE COMEDOR. CENTRO CONCERTADO VIRGEN DE LORETO.

AUTORIZACIÓN DE **SUMINISTRO DE MEDICAMENTO** DURANTE EL SERVICIO DE
COMEDOR.

Fecha: _____

Yo, _____ con D.N.I _____

Y como madre/padre o tutor legal de (nombre del niño/a) _____
autorizo a _____ con D.N.I _____

a que suministre _____ a mi hijo/a a las _____ horas, durante el
servicio de comedor.

Para que conste, firmo la presente.