

CEI ESCOLETA KINDER MARRATXÍ CURSO 2025 / 2026

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTITÉRMICOS

(nombre y apellidos) _____ ,
con NIF _____ , como padre/ madre/tutor/ra legal de
_____, autorizo que, si mi hijo o hija tiene fiebre
(temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$) y nose me puede localizar, el personal docente de la escuela le
dé:

- ☐ APIRETAL
- ☐ DALSY
- ☐ OTROS

MARRATXÍ, _____ d _____ de 20____

FIRMA:

