



Padre, madre o Tutor /a	
DNI	
Nombre del niñ@	

AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS

Autorizo al personal de la Escuela Infantil “Estrella de Mar” a administrar al niñ@ arriba mencionado los siguientes medicamentos y dosis.

Medicamento	Dosis

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL NIÑ@

Autorizo a las siguientes personas, mayores de edad, para que recojan al niñ@ al finalizar su jornada lectiva.

Nombre y Apellidos	Teléfono	D.N.I.

AUTORIZACIÓN FOTOGRAFÍAS

Doy mi autorización para que el/la niñ@ arriba indicado pueda ser fotografiado en el transcurso de las actividades escolares y que dichas fotos puedan ser entregadas a las familias de otr@s niñ@s del Centro.

En Talamanca de Jarama, a de de 20

Fdo. _____