

AE BON PASTOR  
c/ Costa daurada 12  
08030 Barcelona  
Tel. 93.312.07.02  
E-mail: aebonpastor@hotmail.com  
Web: [www.aebonpastor.org](http://www.aebonpastor.org)

## AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na .....

com a pare/mare o tutor/a del nen/a

..... lliura al director del Campus la

medicació ..... prèviament

receptada pel metge, perquè sigui administrada el/s dia/es

..... a l'hora/es .....

amb la dosi següent .....

Barcelona a, \_\_\_\_\_ de 2021

Firma del pare/mare o tutor/a:



AE BON PASTOR  
c/ Costa daurada 12  
08030 Barcelona  
Tel. 93.312.07.02  
E-mail: [aebonpastor@hotmail.com](mailto:aebonpastor@hotmail.com)  
Web: [www.aebonpastor.org](http://www.aebonpastor.org)

## AUTORITZACIÓ RECOLLIDA GERMÀ PETIT

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare,  
mare, tutor/a, autoritzo al meu fill/a  
\_\_\_\_\_ nascut/da l'any \_\_\_\_\_ a  
recollir al meu fill/a \_\_\_\_\_ a la  
hora de sortida del Campus.

Barcelona, \_\_\_\_\_ de 2021

Firma del pare/mare o tutor/a:



AE BON PASTOR  
c/ Costa daurada 12  
08030 Barcelona  
Tel. 93.312.07.02  
E-mail: [aebonpastor@hotmail.com](mailto:aebonpastor@hotmail.com)  
Web: [www.aebonpastor.org](http://www.aebonpastor.org)

## AUTORITZACIÓ RECOLLIDA

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com  
a pare, mare, tutor/a, autoritzo a recollir al meu fill/a  
\_\_\_\_\_ a la hora de sortida del Campus a  
les següents persones:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Barcelona, \_\_\_\_\_ de 2021

Firma del pare/mare o tutor/a:



AE BON PASTOR  
c/ Costa daurada 12  
08030 Barcelona  
Tel. 93.312.07.02  
E-mail: [aebonpastor@hotmail.com](mailto:aebonpastor@hotmail.com)  
Web: [www.aebonpastor.org](http://www.aebonpastor.org)

## AUTORITZACIÓ SORTIDA SOL

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com  
a pare, mare, tutor/a, autoritzo a que el meu fill/a  
\_\_\_\_\_ surti sol a les hora de sortida del  
Campus.

Barcelona, \_\_\_\_\_ de 2021

Firma del pare/mare o tutor/a:

