



ACOUGO Centro de ocio

AUTORIZACIÓN DE SAÚDE

Eu, _____

Con DNI _____

Autorizo os responsables da actividade desenvolvida tanto dentro como fora do Centro de Lecer ACOUGO, para que en caso dunha urxencia dispoñan das medidas oportunas ou o traslado do menor o centro de saúde máis próximo.

Así mesmo afirmo que o meu fill@ _____ non padece ningunha enfermidade infectocontaxiosa e que ten o calendario de vacinación infantil ao día.

E para que así conste asino o presente documento

En _____ a ____ de _____ de _____