



**ASOCIATIA DE CARITATE „FIICELE MILOSTIVIRII SI ALE CRUCII”
FILIALA BUCUREȘTI
GRADINITA CU PROGRAM PRELUNGIT „ROSA ZANGARA”
STR.DRUMUL TABEREI,nr.38A, sectorul 6, Tel.021.4136572**

Declarație

Subsemnatul.....
declar pe proprie răspundere, că sunt de acord cu tratamente medicale efectuate copilului
meu În cadrul cabinetului medical în
situațiile de urgență apărute.

Exemplu:

- Nurofen pentru stări febrile și dureri
- Sirop de tuse
- Pansamente
- Unguente

Mențiuni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Semnătura