



## HOSPITALIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI  
\_\_\_\_\_, (padre, madre, representante legal) del estudiante  
\_\_\_\_\_, autorizo a los responsables del equipo de  
Erasmus + mobility durante la estada, a tomar cualquier decisión que crean oportuna y  
necesaria respecto a la posible hospitalización de mi hijo o hija. Me comprometo a cubrir  
todos los gastos relacionados, una vez presentada la documentación pertinente.

También autorizo a los docentes responsables a facilitar un fármaco genérico (ibuprofeno,  
paracetamol...) a mi hijo o a mi hija si lo creen necesario.

Firma,

Vacarisses, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020