



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA

Autorização dos pais/Encarregado de Educação

Eu, _____ pai/mãe/encarregado de educação (riscar o que não interessa) **declaro** que o meu educando/a minha educanda _____ (nome completo), da turma ____ do ano ____, tem necessidade imprescindível de tomar medicamento(s) durante o horário de frequência do Jardim de Infância/na Escola _____ conforme prescrição médica, em anexo, e autorizo que o(a) educador(a)/professor(a)/assistente operacional/enfermeira de saúde escolar administre o(s) medicamento(s) de acordo com a seguinte informação:

Medicamento 1 (nome): _____

Medicamento 2 (nome): _____

Dosagem: _____

Dosagem: _____

Horário: _____

Horário: _____

Mais informo que os meus contactos são:

Pai/Mãe

Nome: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Encarregado de Educação

Nome: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Outra informação pertinente:

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura,
