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,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_