

Ano Letivo 20 ___/20 ___

Eu, _____ Encarregado(a) de Educação do(a)
aluno(a) _____, nº ___ da Turma _____ do ___ ano,
Declaro que autorizo a administração de medicamentos na escola ao/à meu/minha educando/educanda em
situação aguda que possa ocorrer em contexto escolar, ou em situação esporádica simples.

Doença	
Medicamento	
Posologia/dose	
Sintomas/condições para tomar a medicação.	
Local onde fica guardado o medicamento	

Azeitão, ___/___/___ Enc. Educação: _____

-----✂-----

Ano Letivo 20 ___/20 ___

Eu, _____ Encarregado(a) de Educação do(a)
aluno(a) _____, nº ___ da Turma _____ do ___ ano,
Declaro que autorizo a administração de medicamentos na escola ao/à meu/minha educando/educanda em
situação aguda que possa ocorrer em contexto escolar, ou em situação esporádica simples.

Doença	
Medicamento	
Posologia/dose	
Sintomas/condições para tomar a medicação.	
Local onde fica guardado o medicamento	

Azeitão, ___/___/___ Enc. Educação: _____

