



Autorização para a administração de medicamentos

Sobre os procedimentos que os estabelecimentos de educação de ensino devem adotar, solicitamos aos pais e/ou responsáveis legais o preenchimento desta autorização para a administração de medicamentos em situações agudas que possam ocorrer em contexto escolar, caso os alunos tenham necessidades de medicação/intervenção.

Obs.: Anexar uma cópia da receita médica.

Eu, _____ () pai () mãe () responsável legal,
declaro que _____ (nome completo da criança), da
turma _____ tem necessidade imprescindível de tomar medicamento(s) durante o
horário escolar e autorizo que o educador/professor administre o(s) medicamento(s) de
acordo com a seguinte informação:

Medicamento: (nome) _____

Dosagem: _____

Horário: _____

Medicamento: (nome) _____

Dosagem: _____

Horário: _____

Contatos de emergência:

Pai/Mãe: Nome - _____

Telefone - _____

Responsável legal (se não for um dos pais):

Nome - _____

Telefone - _____

Outras informações necessárias: _____

Paranaguá, _____ de _____ de 2018

Assinatura do responsável