

Termo de responsabilidade – Administração outros medicamentos

ANO LETIVO 20__ / 20__

Estabelecimento de Ensino: _____

Aluno(a): _____

Ano: ____^o **Turma:** _____

Eu, _____,
Encarregado de Educação de _____
_____, declaro que autorizo a administração ao/à meu/minha
educando(a) do antipirético¹ _____, na quantidade de
_____, no caso de apresentar temperatura superior a ____^o e na
impossibilidade de ser contactado.

Lousã, _____ de _____ de _____

O Encarregado de Educação

Notas:

1 - Por exemplo Ben-u-ron ou medicamento similar.

*2 – Imprimir este formulário, preencher e entregar à Educadora, ao professor titular ou ao diretor de turma.
Em alternativa, registar na caderneta do aluno ou no caderno diário numa folha isolada que possa ser
destacada para ficar arquivada no processo individual.*