

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 medicamento¹ _____, na quantidade de
_____, nos horários _____.

Lousã, _____ de _____ de _____

O Encarregado de Educação

Notas:

1 - Especificar o nome do medicamento, o horário e o tempo estimado e a situação em que se aplica, por exemplo: identificação do medicamento, a quantidade, os horários da toma e o número de dias em que o aluno(a) deverá tomar o medicamento.

2 - Qualquer medicação apenas será administrada se for acompanhada da prescrição médica.

3 - 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.