

REQUERIMENTO**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA¹**

Eu, _____ encarregado de educação
do aluno _____, do ano/turma _____ da
Escola _____ tem necessidade imprescindível de tomar medicamentos durante o
horário escolar pelo que solicito a sua administração, de acordo com a seguinte informação:

Nome do medicamento	Via de administração	Dosagem	Horário

Outra Informação Pertinente:

Os meus contactos são:

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO	
Nome:	Telefone/Telemóvel:

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura, _____

¹ Anexar cópia da prescrição médica.

[illegible]