

AUTORIZAÇÃO DO(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Eu, _____,
Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a)
_____ a frequentar o ____º ano turma _____ no
Agrupamento de Escolas de Vidigueira, autorizo que seja administrada ao/à
meu/minha educando(a) a seguinte medicação:

Nome do Fármaco	Via de Administração	Dose	Horário	Sinal/Sintoma Associado

Reações alérgicas e contra indicações conhecidas a
medicamentos: _____

Contactos do/a Encarregado/a de Educação: _____

Vidigueira, _____ de _____ de 20____

O(A) Encarregado(a) de Educação
