

Declaração para Administração Medicamentosa

Eu, _____ (Enc. de Educação de Educação) do aluno(a) _____, autorizo a administração dos seguintes medicamentos, de acordo com as instruções, dosagem e hora indicadas:

Medicamento(s):

Hora(s) de toma:

Dosagem:

Motivo:

Data: ____/____/____ a ____/____/____

Enc. de Educação