

TERMO DE RESPONSABILIDADE - medicação

Eu, _____, encarregado(a)
de educação de educação de _____, autorizo
que lhe seja ministrado o medicamento _____, com a
seguinte dosagem _____, no seguinte horário _____
durante _____ dias a partir de hoje.

Observações: _____

Funchal, _____ de _____ de 20____

Assinatura do encarregado de educação,
