

Autorização para Administração de Medicamentos pela escola

Autorizo a Escola EDEM, situada na Rua Gago Coutinho, 14 – Laranjeiras, na cidade do Rio de Janeiro, e inscrita no CNPJ sob o nº 34025684/0001-06, a administrar medicamento ao meu filho/minha filha, durante o turno escolar, em caso de dor ou febre.

Rio de Janeiro,

Assinatura do Responsável

Nome do Aluno: _____

Data de Nascimento do Aluno: _____

Medicamento (s) dado (s) ao aluno em caso de dor ou febre:

O Aluno tem alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO

Qual/quais? _____

Nome do Responsável: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Identidade do Responsável: _____

CPF do Responsável: _____