



TERMO de RESPONSABILIDADE PARA ADMINISTRAÇÃO de MEDICAMENTOS

Eu _____, encarregado de educação do
aluno _____, pretendo que seja administrado ao meu educando
o fármaco _____, com data de validade de ____ / ____ / ____, na dose
de _____, por via _____ (ex: nasal, oral, tópica, ocular, retal), às ____h ____min e
às ____h ____min. Este tratamento deve ser realizado do dia ____/ ____/ ____ ao dia ____/ ____/ ____.

Observações:

Data: ____/ ____/ ____

Assinatura: _____