

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA

CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

ANEXO I

**DOCUMENTO AUTORIZATIVO DA PESSOA INDICADA PELOS RESPONSÁVEIS A
MINISTRAR MEDICAMENTO AO ALUNO/CRIANÇA, DENTRO DA INSTITUIÇÃO
DE ENSINO**

Eu _____ pai()mãe(),RG _____
_____ responsável pelo (a) aluno (a)
_____, nascido (a) em ____ /____ /____, filho de
_____ e de _____ natural de
_____ Estado _____, matriculado na Educação
Infantil, creche () ou Pré-escola (), ou no ____ ano do Ensino Fundamental, nesta
instituição de ensino, no período da _____, turma _____, no ano de
_____, **autorizo o** (a) senhor (a)
_____, grau de parentesco
_____ residente à rua _____,
nº _____,
complemento _____,bairro _____,cidad
e _____,CEP _____,telefones:____
_____, e-mail _____,
RG _____ CPF _____, para ministrar ao (à) meu
(minha) filho (a)o medicamento abaixo relacionado, conforme prescrição médica
anexa.

Medicamento:

Horário:

Dosagem:

Período:

Assinaturas:

Pai/Responsável _____

Pessoa autorizada _____

Professor(a) do (a) aluno (a) _____

Diretor (a) da Instituição _____

Médico responsável : Dr. (a) _____

Barra Mansa, ____ de _____ de _____.