

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 \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefones: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, para ministrar ao (à) meu (minha) filho (a) 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 \_\_\_\_.