



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR**  
**CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE EMBARQUE ESCOLA**

Resort: *NR SAM (Sapucaí-Mirim)*      *NR SAP (Santo Antônio do Pinhal)*

NOME DO ALUNO:		SERIE:
PERÍODO DO EVENTO:	ESCOLA:	
NOME RESPONSÁVEL QUE ENTREGOU MEDICAÇÃO:		TELEFONE:
NOME PROF. RESPONSÁVEL QUE RECEBEU A MEDICAÇÃO:		ENFERMEIRAS RESPONSÁVEIS:

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO

Eu, na qualidade de responsável pelo aluno acima qualificado, estou ciente e de acordo que a medicação descrita nesse formulário será ministrada conforme as instruções constantes deste.

Declaro entregue a medicação acima ao professor responsável.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Responsável: \_\_\_\_\_ Ass. Prof(a). Responsável: \_\_\_\_\_

**Uso interno para retorno:**

Os devidos medicamentos foram conferidos e entregues ao professor responsável, o qual se comprometeu a entregar ou colocar na mala de viagem do aluno.

Prof.(a) responsável: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_