



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR CONTROLE DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

Importante: Remédios que o aluno deverá tomar durante o período de estada deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues na partida ao responsável do grupo, que ficará de posse dos mesmos, e terá a responsabilidade pela administração. Prestamos o auxílio em casos de medicamentos injetáveis refrigerados.

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

NOME DO ALUNO:		SERIE:
PERÍODO DO EVENTO:	ESCOLA:	
NOME RESPONSÁVEL:		TELEFONE:

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: _____

Uso interno para retorno:

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

Prof.(a) responsável: _____ Ass.: _____

Enfermeiro(a): _____ Ass.: _____