



Município de Alcácer do Sal

DIVISÃO DE EDUCAÇÃO
Setor de Oficina da Criança

Administração de Medicamentos

Eu, _____ Encarregado(a)
de Educação de _____, solicito a
administração do medicamento: _____, dosagem:
_____, no seguinte horário: _____,
por um período total de ____ dias, sob a minha responsabilidade.

Anexo prescrição médica S N

Alcácer do Sal, ____ de _____ de 202_

O(A) Encarregado(a) de Educação

