



ESCOLA PATELLI

EDUCAÇÃO INFANTIL
ENSINO FUNDAMENTAL I E II
ENSINO MÉDIO

Fone Recanto: 4039-5513 | Fone Patelli: 4812-4090



SOLICITAÇÃO PARA MEDICAÇÃO

Eu _____, portadora do
RG: _____, declaro que o(a)
aluno(a) _____, está
autorizado(a) a tomar a medicação abaixo citada.

Medicação: _____

Início em: ___/___/___ ; Término em: ___/___/___ ;

Horário: ___:___

Ele possui reação à medicação:

() Sim, qual? _____

() Não

Obs: _____

Campo Limpo Pta, ___ de _____ de 20___.

Assinatura

SOLICITAÇÃO PARA MEDICAÇÃO