

## Termo de responsabilidade – Administração de antipirético

ANO LETIVO 20\_\_ / 20\_\_

Estabelecimento de Ensino: \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_º Turma: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro que autorizo a administração ao/à meu/minha  
educando(a) do antipirético<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, na quantidade de  
\_\_\_\_\_, no caso de apresentar temperatura superior a \_\_\_º e na  
impossibilidade de ser contactado.

Reações alérgicas e/ou contra indicações conhecidas a medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coimbra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O/A Encarregado(a) de Educação

\_\_\_\_\_

### Notas:

1 - Por exemplo Ben-u-ron ou medicamento similar.

2 – Imprimir este formulário, preencher e entregar à educadora, ao professor titular ou ao diretor de turma.

Esta autorização deverá ficar arquivada no processo individual do aluno.