Medicação

Eu,_____, encarregado de educação do aluno _____, declaro que autorizo que os professores ou assistentes operacionais, lhe dêem medicação, a meu pedido, no projeto Férias em Ação.

Dia	**Horário**	**Medicamento**	**Quantidade**

Nelas, _____ de _____ de 2017

_____

(O encarregado de educação)