



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR
CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE EMBARQUE ESCOLA

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

NOME DO ALUNO:		SERIE:
PERÍODO DO EVENTO:	ESCOLA:	
NOME RESPONSÁVEL ENTREGOU MEDICAÇÃO:		TELEFONE:
NOME PROF. RESPONSÁVEL QUE RECEBEU A MEDICAÇÃO:		ENFERMEIRAS RESPONSÁVEIS:

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO

Está levando algum tipo de medicação na mala, além da já descrita? Sim Não

Em caso positivo, qual? _____

Declaro entregue a medicação acima ao professor responsável.

Data: ____/____/____ Ass. Responsável: _____ Ass. Prof(a). 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.: _____