



SAÍDAS EXTRAORDINÁRIAS

Eu, Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____
do ____º ano / Turma _____, informo que o meu(minha) educando(a) irá sair da escola no dia
____ / ____ / _____, pelas ____ h ____.

O Encarregado de Educação



SAÍDAS EXTRAORDINÁRIAS

Eu, Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____
do ____º ano / Turma _____, informo que o meu(minha) educando(a) irá sair da escola no dia
____ / ____ / _____, pelas ____ h ____.

O Encarregado de Educação



SAÍDAS EXTRAORDINÁRIAS

Eu, Encarregado de Educação do(a) aluno(a) _____
do ____º ano / Turma _____, informo que o meu(minha) educando(a) irá sair da escola no dia
____ / ____ / _____, pelas ____ h ____.

O Encarregado de Educação



DECLARAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO

DE MEDICAMENTOS A ALUNOS NO ESPAÇO ESCOLAR

(aplicável nos casos em que não tem receita médica)

Eu, Encarregado de Educação do aluno (a) _____

do ____.^o ano / Turma _____, declaro que **autorizo que seja administrada** ao (à) meu (minha) educando (a) a seguinte medicação:

Nome do fármaco	Dia	Horas	Dosagem	Recomendação

Contacto em caso de urgência: _____

Informações relevantes (reações alérgicas, contra indicações,...):

Enc. de Educação: _____ ; ____ / ____ /20 ____