



**DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDEEM
VIAGEMCAMPO COMPROMISSO DE PERMISSÃO DE MEDICAMENTO**

Dou permissão a _____

para dar a meu filho / filha _____

o medicamento prescrito _____
(nome do medicamento)

em _____
data e hora

Número de contato de emergência: _____ Assinado: _____
pai / responsável

Data: _____

**Esta permissão é concedida apenas para este dia .*