



**Carta para os pais confirmando o combinado para administração  
de medicamento receitados pelo médico**

**Letter to parents confirming arrangements for administration of  
prescribed medication**

Prezado Pai, Mãe ou Encarregado de Educação,

Serve esta carta para o informar que a escola concordou em administrar o medicamento receitado pelo médico ao seu filho (ou filha), de acordo com o seu requerimento. A escola tentará fornecer o medicamento no horário requerido (abaixo mencionado) apesar de poderem surgir variações inevitáveis em certas ocasiões. Por favor contacte-me se ficar preocupado com este assunto.

A escola concordou que o medicamento seja entregue à escola pela pessoa abaixo mencionada.

Terá que fornecer à escola o medicamento receitado pelo médico e qualquer equipamento a ele associado, tal como foi requerido. Se não puder trazer à escola o medicamento receitado pelo médico da maneira que nós combinámos, por favor entre em contacto comigo para falarmos sobre outras alternativas.

O pessoal da escola colocou-se à disposição para prestar apoio às necessidades relativas à saúde do seu filho, na escola. Este acordo será revisto anualmente ou sempre que haja qualquer alteração no tratamento relativo à saúde do seu filho; ou, se chegarmos a um ponto em que este plano não possa ser implementado.

Se por qualquer motivo forem feitas alterações no tratamento relativo à saúde do seu filho, a pessoa responsável é obrigada a informar a escola o mais depressa possível. Por favor contacte a escola sempre que esteja preocupado com alguma coisa ou deseje fazer perguntas sobre estas combinações de apoio.

Se chegarmos a um ponto em que este plano não possa ser implementado, contactá-lo-emos através dos números de telefone que nos disponibilizou.

Nome do estudante \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_  
Name of student \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_

Nome da pessoa que levará o medicamento para a escola \_\_\_\_\_  
Name of person delivering the medication to school \_\_\_\_\_

Horário de administração do medicamento \_\_\_\_\_  
Time/s of administration of medication \_\_\_\_\_

Nome do Presidente do Conselho Directivo \_\_\_\_\_  
Name of Principal \_\_\_\_\_

Assinatura do Presidente do Conselho Directivo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Signature of Principal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Se não requereu que a criança tome o medicamento sozinha, por favor ignore a secção seguinte.**

**REQUERIMENTO PARA AUTO MEDICAÇÃO (SELF MEDICATION REQUEST)**

Se requereu que o seu filho (ou filha) administre o medicamento sozinho, o seu pedido foi cuidadosamente considerado. O requerimento para que o seu filho tome o medicamento sozinho foi:

aprovado. A escola continuará a trabalhar em conjunto consigo para prestar apoio ao seu filho na gestão da administração deste medicamento. (supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)

não foi aprovado; por favor contacte a escola (not supported, please contact the school.)