



AUTORIZAÇÃO PARA ATIVIDADE EXTERNA

Autorizo o jovem _____,
pelo qual sou responsável legal, a participar da atividade _____
_____ na cidade de _____
no período de _____ a _____, permitindo que o mesmo receba tratamento médico de
urgência, quando for necessário.

MEDICAMENTOS EM USO

Medicamento : _____ Dosagem : _____ Período : _____
Medicamento : _____ Dosagem : _____ Período : _____
Medicamento : _____ Dosagem : _____ Período : _____
Medicamento : _____ Dosagem : _____ Período : _____
Medicamento : _____ Dosagem : _____ Período : _____

Observação: _____

RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Responsável: _____ Telefone: _____
CPF do Responsável: _____
Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.
Assinatura do Responsável: _____