

FICHA PARA SEGURO ESCOLAR

ANO LETIVO _____ / _____

ALUNO:

____º Ciclo/Secund.

Ano: _____

Turma: _____

Nº _____

Pré-Escolar

Sala: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Morada: _____

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Nome: _____ Parentesco: _____

Contactos : Casa: _____ Emprego: _____ Telemóvel: _____

CONTACTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA:

1º - Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

2º - Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

3º - Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

INFORMAÇÕES ÚTEIS EM CASO DE EMERGÊNCIA:

O aluno é alérgico a algum medicamento? SIM NÃO

Qual? _____

O aluno sofre de problemas de saúde que necessitem de cuidados especiais? SIM NÃO

Quais? _____

Fotocópia do Verso do Cartão de Cidadão

De acordo com as orientações da DGS a administração imprescindível de medicamentos a alunos nos estabelecimentos de educação e ensino deverá efetuar-se **apenas com autorização escrita do Enc. Educação, que terá de indicar o tipo medicamento, a dosagem bem como qualquer outra informação pertinente.**

AUTORIZO / NÃO AUTORIZO (riscar o que não interessa) que, em situações agudas que possam ocorrer em contexto escolar, lhe seja administrado ** _____, na dosagem _____ mg

** A escola apenas dispõe de Paracetamol na dosagem de 500mg e 1000mg.

Data: _____ O Enc. de Educação: _____