

SEGURO ESCOLAR

Nome do aluno _____

Data de Nascimento ____/____/____

Escola _____ Nº Processo _____ Ano ____ Turma ____ Número ____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Assinale com uma cruz o quadro correspondente no caso do seu educando sofrer de algum dos seguintes problemas de saúde:

ASMA	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	OUTRAS-Especifique
DIABETES	<input type="checkbox"/>	FEBRE DOS FENOS	<input type="checkbox"/>	
DOENÇA/CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	RINITE ALÉRGICA	<input type="checkbox"/>	

É alérgico a algum medicamento ou alimento? Qual? _____

Em caso de febre superior a 38º **AUTORIZO/NÃO AUTORIZO** que seja ministrado Paracetamol ao aluno, dosagem **500/1000mg**.

Colar fotocópia da frente do Cartão de Cidadão	Colar fotocópia de cartão de outro subsistema de saúde
Colar fotocópia do verso do Cartão de Cidadão	Colar fotocópia de cartão de outro subsistema de saúde

Nome do Enc. de Ed. / Parentesco _____ / _____

Telemóvel _____ Telefone do Emprego _____ Telefone de casa _____

Outros: _____

Tomei conhecimento das normas de Seguro Escolar (Portaria 413/99 de 8 de Junho).

Linda-A-Velha, _____ de _____ de 20 _____

(O Encarregado de Educação)