**FICHA DE SAÚDE**

**Agrupamento de Escolas Padre Vítor Melícias**

**Boavista – Olheiros – TORRES VEDRAS**

**Cód. 170987**

**Nome do Aluno: Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Enc. De Educação: Contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Outros Contatos: Conjuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº proc.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Ano Letivo Ano/ Turma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma habitualmente medicação:

Não

Só em SOS Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sim Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necessita de tomar na escola

Não

 Sim (Deve providenciar fotocópia da receita)

 Em caso de febre, autorizo a administrar um Antipirético “Ben-U-ron”, ao meu educando.

 Sim Não

Assinatura do Enc. De Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fotocópia do Cartão do Cidadão (Frente)

Fotocópia do Cartão do Cidadão (Verso)

Fotocópia do Cartão de Subsistema de Saúde/Seguro