FICHA DE SAÚDE

Nome do Aluno: _____**Ano/Turma**_____

Data de Nasc: ____/____/_____ **Nº de Utente**_____

Enc. de Educação:_____

Contato:_____ **Outros Contatos:** _____/_____

O seu educando tem algum problema de saúde? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

(Deve providenciar o relatório / declaração do médico na Escola)

Toma habitualmente medicação: Sim☐ Não ☐

Sempre Qual?_____

Só em SOS Qual? _____

Necessita de tomar na escola?

Não ☐ Sim ☐ (Deve providenciarfotocópia da receita)

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

Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Enc. De Educação_____

Data: ___/ ___ / _____