

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA MOITA

SEGURO ESCOLAR  
FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ANO LETIVO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

ANO: _____	TURMA: _____	N.º: _____
------------	--------------	------------

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doenças em que sejam necessários cuidados especiais \_\_\_\_\_

Morada do aluno \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone de casa \_\_\_\_\_ Telefone de familiar \_\_\_\_\_

Nome do Pai \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Telefone do Emprego (Pai) \_\_\_\_\_ (Mãe) \_\_\_\_\_

Nome do Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Telefone do Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde (Caixa, ADSE ou outro) \_\_\_\_\_

Grupo de Sangue \_\_\_\_\_

Número de Utente de Saúde do aluno \_\_\_\_\_

Observações: