

Escola \_\_\_\_\_

**SEGURO ESCOLAR  
FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

ANO LETIVO ____/____	ANO LETIVO ____/____	ANO LETIVO ____/____	ANO LETIVO ____/____	ANO LETIVO ____/____
ANO _____ TURMA _____ Nº _____	ANO _____ TURMA _____ Nº _____	ANO _____ TURMA _____ Nº _____	ANO _____ TURMA _____ Nº _____	ANO _____ TURMA _____ Nº _____

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 \_\_\_\_\_

Nº de Cartão de Beneficiário \_\_\_\_\_

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

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

**Cole aqui fotocópia do cartão de utente do aluno**