****

**Agrupamento de Escolas Padre Vítor Melícias**

**Boavista – Olheiros – TORRES VEDRAS**

**Cód. 170987**

**Ano: \_\_\_\_\_Turma: \_\_\_\_\_\_**

**FICHA DE SAÚDE**

**Nome do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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