



FICHA DE SAÚDE

Nome do Aluno: _____ Ano/Turma _____

Data de Nasc: ___/___/___ Nº de Utente _____

Enc. de Educação: _____

Contacto: _____ 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 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 _____

Data: ___/___/_____