



ESCOLA ANTONIO ARROIO

ANO LECTIVO DE 200... / 200.....

SEGURO ESCOLAR (complementaridade) + SISTEMA DE SAÚDE

Nome do/a Aluno/a:

Ano: _____° Turma: _____ N° _____ Curso:

Ensino diurno

Ensino Nocturno

Nome do Encarregado de Educação ou Pessoa de contacto, em caso de urgência:

.....

Telefones / Telemóveis em caso de urgência – N°s

ANTECEDENTES PESSOAIS CUJO REGISTO PODE SER ÚTIL EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Diabetes Asma Brônquica Epilepsia Doença cardíaca

Alterações de Visão Alergia a:

Alergia a medicamentos:

Outros dados importantes:

(A preencher pela escola) - **VALIDADE DA VACINA DO TÉTANO**

(A vacina é válida por 10 anos)

Data da vacinação: ____/____/_____

Verificado por (*nome legível*): _____ em ____/____/_____

Por favor, cole aqui, fotocópias do seu CARTÃO DE UTENTE

e do seu CARTÃO DE BENEFICIÁRIO (Segurança Social ou ADSE ou SAMS)