

**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS AQUILINO RIBEIRO**

Sede: Escola Básica 2, 3/ S Aquilino Ribeiro – Cód. 121617

Porto Salvo

EB1/ JI Pedro Álvares Cabral
EB1/JI Porto Salvo
EB1 Talaíde**FICHA INDIVIDUAL DE SAÚDE DO ALUNO**

Ano letivo _____ - _____

Escola _____

Ano de escolaridade _____

Nome do(a) aluno(a) _____

Número do cartão de cidadão _____

Número da Segurança Social _____

Número de utente de saúde _____

Data de nascimento ____/____/____

Encarregado de educação _____

Telefone/Telemóvel _____ E-mail _____

Morada _____

Código postal _____ - _____

Em caso de urgência, contactar:

Nome _____

Telefone/telemóvel _____ Telefone/telemóvel alternativo _____

Saúde:

-Doenças crónicas (diabetes, asma, epilepsia, outra _____)

Em caso de crise o que fazer/que medicamento administrar * _____

-Alergias (alimentares, respiratórias, cutâneas, medicamentosa) _____

Em caso de crise o que administrar * _____

-Se tiver febre (38º), que medicamento administrar _____

-Convulsões/medidas a adotar _____

* Só se administram medicamentos segundo prescrição médica.