



## FICHA INDIVIDUAL DE SAÚDE DO ALUNO

Ano lectivo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão de Cidadão : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  Título de Residência: \_\_\_\_\_

Passaporte: \_\_\_\_\_

Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_

Nº Segurança Social: \_\_\_\_\_

Nº de Utente de Saúde: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Em caso de urgência, contactar:

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o aluno: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Saúde:

Boletim de Vacinas em dia? SIM  NÃO  Validade vacina TETANO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem doença crónica? (diabetes, asma, epilepsia, outra) SIM  NÃO  Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Em caso de crise, o que fazer/ que medicamento administrar \* \_\_\_\_\_

Tem alergias? (alimentar, respiratória, cutânea, medicamentosa) SIM  NÃO  Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Em caso de crise, o que fazer/ que medicamento administrar \* \_\_\_\_\_

Se tiver febre (= ou >38º), que medicamento administrar: \_\_\_\_\_

Convulsões / medidas a adotar: \_\_\_\_\_

**Assinatura (Encarregado de Educação)** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_