

FICHA DE SEGURO DE ACIDENTE ESCOLAR / INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Ano letivo de 2024 /2025

NOME DO(A) ALUNO(A):	
Data de nascimento:/...../.....	
Morada do/a aluno/a:	
Doenças alérgicas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual/quais?	
Toma medicação específica? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual?	
Doenças crónicas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual/quais?	
Toma medicação específica? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual?.....	
Nome do Encarregado(a) de Educação:	
Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro	
Contatos telefónicos em caso de acidente:	
Telef. /Telemóvel	Telef. /Telemóvel
de (pai/mãe/...)	de (pai/mãe/...)

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Utente n.º : _____
--

OUTRO SUBSISTEMA Subsistema: _____ Beneficiário n.º : _____
--

NORMAS FUNDAMENTAIS DE SEGURO ESCOLAR (Anexo)

Eu, _____

Encarregado/a de Educação do aluno/a _____

_____, declaro que tomei conhecimento das Normas Fundamentais do Seguro Escolar que posso consultar na página da internet do Agrupamento (<https://aetsm.pt/>), sabendo ainda que posso pedir esclarecimentos nos Serviços Administrativos do AETSM ou consultar as disposições legais relativas ao Seguro Escolar na Portaria nº 413/1999 e na Portaria n.º 298-A/2019.

_____, _____ de _____ de 202__

(O Encarregado de Educação)

RENOVAÇÕES

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____