

FICHA DE SEGURO DE ACIDENTE ESCOLAR / INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Ano letivo de 2025 /2026

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/outro)	de (pai/mãe/outro)

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
N.º Utente: _____

OUTRO SUBSISTEMA
Subsistema: _____
N.º Beneficiário : _____

NORMAS FUNDAMENTAIS DE SEGURO ESCOLAR

As normas encontram-se disponíveis na página da internet do AETSM (<https://aetsm.pt/>)

Eu, _____

Encarregado/a de Educação do aluno/a _____,

declaro que são verdadeiros os dados acima indicados e que tomei conhecimento das Normas Fundamentais do Seguro Escolar, disponíveis na página da internet do Agrupamento (<https://aetsm.pt/>), sabendo ainda que posso pedir esclarecimentos sobre o Seguro Escolar nos Serviços Administrativos ou consultar as disposições legais 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 _____