

Processo N.º \_\_\_\_\_

Ano Letivo

Ano - Turma

GRUPO SANGUINEO \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_

**DADOS DO(A) ALUNO(A)**

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

Cartão de Cidadão  B.I  Cédula  Passaporte  Cartão de Cidadão: **Exemplo: 15697652 0 ZY5**  
Nº \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

**MORADA DE RESIDÊNCIA**

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**OUTROS ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nº de Cartão Utente do Serviço Nacional de Saúde ou outro Subsistema de Saúde: \_\_\_\_\_

Nº de Identificação da Segurança Social: \_\_\_\_\_

Subsistema de Saúde: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO MÉDICA**

Tem as vacinas em dia? Sim  Não

Tem algum problema de saúde? Sim  Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

Alergia à Penicilina: Sim  Não  É alérgico(a) a algum medicamento? Sim  Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

Doenças: Diabetes  Cardiovasculares  Hemofilia  Epilepsia  Asma

Problemas específicos de saúde : \_\_\_\_\_

**PESSOA A CONTATAR EM CASA DE URGENCIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Colar fotocópia do

CARTÃO DE OUTRO ORGANISMO

(ADSE, IASFA, ADM...)