

## SEGURO ESCOLAR

(Portaria Nº 413/99, de 8 de junho)

Colar fotocópia do verso do Cartão de Cidadão <sup>1</sup>

### ALUNO:

Nome \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

### ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_  
Contatos \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (Tlm) \_\_\_\_\_ (emprego)

### EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR:

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Contatos \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (Tlm) \_\_\_\_\_ (emprego)

### SAÚDE:

ACES (Agrupamento de Centros de Saúde): \_\_\_\_\_  
UCSP/USS (Centro de Saúde): \_\_\_\_\_ MÉDICO DE FAMÍLIA \_\_\_\_\_  
CARTÃO DE UTENTE Nº \_\_\_\_\_ SUBSISTEMA \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Medicamentos que:  
estou a tomar \_\_\_\_\_  
não devo tomar \_\_\_\_\_  
Doenças \_\_\_\_\_ Outras situações \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Caso não possua Cartão de Cidadão poderá colar fotocópia do Cartão de Utente ou entregar cópia do comprovativo da inscrição no Centro de Saúde.