



**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS ANSELMO DE ANDRADE - Cód. 172212**

**ANO LETIVO 2018/2019**

**ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ALUNO**

NOME DO ALUNO _____	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
MORADA: _____	CÓDIGO POSTAL: _____	
TELEFONE DO PAI: _____	TELEFONE DA MÃE: _____	OUTRO: _____
ESCOLA: _____	ANO: ____	TURMA _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA		
C. SAÚDE _____	EXT. SAÚDE _____	Nº UTENTE _____
OUTRO LOCAL DE CONSULTA _____		
NOME DO MÉDICO DE FAMÍLIA _____		
SUBSISTEMA: _____	Nº DE BENEFICIÁRIO _____	

OBSERVAÇÕES: _____
_____
_____

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

\_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)