



DADOS ALUNO

Aluno nº

Nome

DADOS MÉDICOS

Sistema de saúde

Beneficiário Nº

Nome do beneficiário

Bronquite

Alergias

Otite

Sarampo

Papeira

Diabetes

Varicela

Asma

Outras, quais?

Que lesões já teve?

Medicação habitual

Medicação SOS

Já esteve hospitalizado?

Qual a razão?

DECLARAÇÃO

Declaro, como encarregado de educação do aluno supramencionado que autorizo a partilha de informação com os departamentos transversais da escola Dragon Force de modo a intervirem de forma ajustada junto do aluno quando necessário.

Nome completo

Assinatura conforme BI

Data

OBSERVAÇÕES

Observações – Outras informações

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Verificado por

Assinatura

Data