

**EXTERNATO JOÃO ALBERTO FARIA**

Casal do Cano - 2630 - 299 ARRUDA DOS VINHOS

Tel. 263977390 - Fax 263977391

**Ficha do Seguro Escolar****Dados de identificação:**

Nome Aluno(a)					
Processo Nº:		Data Nasc:		Tlm aluno(a):	
Nome Pai					
Telefone:					
Nome Mãe					
Telefone:					
Nome do E. Educação					
Contactos de urgência	/ /				
E-mail					

Morada(Rua/Av.): \_\_\_\_\_

C. Postal / Localidade: \_\_\_\_\_

O aluno sofre de alguma doença: **Sim**  **Não** 

Especifique o tipo de doença: \_\_\_\_\_

Como atuar: \_\_\_\_\_

Anexa relatório médico: **Sim**  **Não** 

DADOS DO CARTÃO DE CIDADÃO	OUTRO SISTEMA DE SAÚDE
Nº Cartão de Cidadão: _____	SISTEMA: _____
Nº Identificação Fiscal: _____	Nº: _____
Nº Seg. Social: _____	
Nº Utente de Saúde: _____	

**A preencher pelos serviços**

Ocorrência abrangida pelo Seguro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.: _____
Data: ____/____/____ Assinatura _____	_____
	_____
	_____

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Impresso enviado por e-mail pelo Encarregado de Educação