

VIAGEM DE ESTUDO 2025 – França-Bélgica

**INFORMAÇÃO DE NECESSIDADES DE MEDICAÇÃO/ALERGIAS**

(preenchimento obrigatório)

O Aluno (a) possui necessidades de medicação/alergias? Sim Não

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doença \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos (que leva para a viagem):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **PRESCRIÇÃO** | |
|  | Dosagem | Periodicidade |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Outra situação a considerar (Ex. alergias

A entregar até dia 09 de maio

SARDOAL, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025

ASSINATURA