

AULAS DE NATAÇÃO 2004/2005

FICHA DE ATESTADO MÉDICO
Isenção de Pagamento de Mensalidade

INSTITUIÇÕES

Instruções de Utilização e Preenchimento no Verso

CÓDIGO:

INSTITUIÇÃO _____

Mês de Produção de efeitos _____

Data de Envio ____/____/____

1	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____
2	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____
3	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____
4	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____
5	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____
6	Nome completo: _____ N° : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Início de Atestado: ____/____/____ Data de Termo de Atestado: ____/____/____

A INSTITUIÇÃO

____/____/____

(Assinatura e carimbo)

COORDENADOR

Registo Informático

____/____/____

Zona sombreada reservada aos serviços, não preencher