

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSA

Eu, _____,
encarregado(a) de educação de _____
_____, por motivos
de impossibilidade prática de agendamento de consulta médica para o efeito, declaro
sob o meu compromisso de honra, relativamente do educando acima identificado,
desconhecer a existência de qualquer doença infectocontagiosa, bem como, até ao dia
31 de outubro de 2024, entregar declaração médica comprovativa da inexistência de
doenças infectocontagiosas para frequência de estabelecimento de ensino.

_____, _____ de _____ de 20__

O Declarante
