



Prefeitura do Município de Piracicaba

Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal de Saúde

Estado de São Paulo – Brasil

A Escola _____ participa das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), quando profissionais da saúde desenvolvem ações de promoção de saúde dentro da escola. Para tanto diversas atividades de educação em saúde, através de palestras, teatros, mobilizações sociais e de avaliação, como antropometria, avaliação bucal, acuidade visual e auditiva serão desenvolvidas durante este ano, no interior da própria escola, com a intenção de promover saúde e educação integral entre os educandos. Para tanto, eu, _____, () pai ou () mãe ou () _____, responsável por _____, Série/Turma: _____, concordo com a participação do mesmo neste programa.

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo educando



Prefeitura do Município de Piracicaba

Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal de Saúde

Estado de São Paulo – Brasil

A Escola _____ participa das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), quando profissionais da saúde desenvolvem ações de promoção de saúde dentro da escola. Para tanto diversas atividades de educação em saúde, através de palestras, teatros, mobilizações sociais e de avaliação, como antropometria, avaliação bucal, acuidade visual e auditiva serão desenvolvidas durante este ano, no interior da própria escola, com a intenção de promover saúde e educação integral entre os educandos. Para tanto, eu, _____, () pai ou () mãe ou () _____, responsável por _____, Série/Turma: _____, concordo com a participação do mesmo neste programa.

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo educando



Prefeitura do Município de Piracicaba

Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal de Saúde

Estado de São Paulo – Brasil

A Escola _____ participa das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), quando profissionais da saúde desenvolvem ações de promoção de saúde dentro da escola. Para tanto diversas atividades de educação em saúde, através de palestras, teatros, mobilizações sociais e de avaliação, como antropometria, avaliação bucal, acuidade visual e auditiva serão desenvolvidas durante este ano, no interior da própria escola, com a intenção de promover saúde e educação integral entre os educandos. Para tanto, eu, _____, () pai ou () mãe ou () _____, responsável por _____, Série/Turma: _____, concordo com a participação do mesmo neste programa.

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável pelo educando