



**FICHA DE SAÚDE - 2024**

**Dados do Aluno**

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Série/Ano \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

**Contato Para Recado (não os pais/responsável)**

Nome: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**Histórico de saúde**

Convênio: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento contínuo? ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

( ) Não

**EM CASO POSITIVO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, PARA ORIENTAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIAS O COLÉGIO PODE MEDICAR DESDE QUE TENHA RECEITA VÁLIDA COM A DOSAGEM E OS HORÁRIOS ESPECÍFICOS.**

Vacinação em dia: ( ) Sim ( ) Não

Cirurgias: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**ALERGIA**

( ) Alimentos. Quais: \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos. Quais: \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

( ) Outros. Quais: \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

**DOENÇA CRÔNICA**

( ) Asma/Bronquite. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Conjuntivite/Rinite Alérgica. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Cardiopatia. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Convulsão/Doenças neurológicas. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Diabetes. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Doença de Tireóide. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Hemofilia/Doenças do Sangue. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Hipertensão Arterial. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Obesidade. Obs: \_\_\_\_\_

( ) Outra(s). Obs: \_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIAS**

( ) Visual. Especifique: \_\_\_\_\_

( ) Auditiva. Especifique: \_\_\_\_\_

( ) Física. Especifique: \_\_\_\_\_

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**TEM ALGUMA RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADES FÍSICAS ( ) SIM ( ) NÃO. EM CASO POSITIVO, ENCAMINHE PARA A SECRETARIA O DOCUMENTO QUE AMPARA LEGALMENTE O IMPEDIMENTO OU ORIENTE SOBRE AS RESTRIÇÕES.**

Estou ciente de que as informações contidas nesta ficha são muito importantes para que o Colégio, a fim de que possa tomar as providências necessárias em caso de acidente ou doença. Comprometo-me a informar o colégio caso haja qualquer mudança, mantendo-o sempre informada sobre a situação de saúde do meu filho.

Autorizo o Colégio, em caso de emergência, encaminhar minha(meu) filha(o) ao Pronto Atendimento mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

Sarandi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.