



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 POSTIVO, 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 _____.