Colégio Santa Ana. Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio.

FICHA DE SAÚDE - 2027

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 continuo? ( ) 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_____.