

# 2024 - CURSOS LIVRES

## FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES (FICHA MÉDICA - TURMAS DE ADULTOS)

DADOS DO ALUNO		
Nome do aluno:		
Data de Nascimento:     /     /	MODALIDADE/ TURMA:	
Endereço completo:		
celular:	E-mail:	
tel. residencial:	Profissão:	
SAÚDE DO ALUNO		
1. Tipo sanguíneo:		
2. O aluno é alérgico a algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:		
3. Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico ou ortopédico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique:		
4. O aluno tem doença congênita? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:		
5. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas? <input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Catapora/ Varicela <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Outras Quais: _____ Quando: _____		
6. É Epiléptico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7. É Hemofílico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8. Tem Hipertensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
9. É Asmático? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
10. É Diabético? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Depende de Insulina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
11. Está fazendo algum tipo de tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?		
12. Tem acompanhamento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome do médico: _____ telefone: _____		
13. O aluno está ingerindo medicação específica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?		
14. O aluno possui necessidade Educacional Especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b><u>Tipo de Necessidade:</u></b> <input type="checkbox"/> MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> CEGUEIRA <input type="checkbox"/> BAIXA VISÃO <input type="checkbox"/> SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA <input type="checkbox"/> SURDEZ LEVE OU MODERADA <input type="checkbox"/> FÍSICA – CADEIRANTE <input type="checkbox"/> SURDO/CEGUEIRA <input type="checkbox"/> TDAH (TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE)	<input type="checkbox"/> FÍSICA – OUTROS <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DOWN <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> TEA (TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA) <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ASPERGER <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE RETT <input type="checkbox"/> FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL	<input type="checkbox"/> TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA <input type="checkbox"/> ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ _____

15. Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):

**EMERGÊNCIA**

16. O aluno possui algum Plano de Saúde?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Nº carteirinha: \_\_\_\_\_

17. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica?

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

End.: \_\_\_\_\_ Tel: ( ) \_\_\_\_\_

*No caso de o aluno ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante do Colégio este, se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção do estudante.*

18. Em caso de emergência, a quem devemos avisar?

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

- ESTA FICHA É A REFERÊNCIA QUE A ESCOLA UTILIZA PARA DIRIMIR DÚVIDAS A RESPEITO DA SAÚDE E AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DO ALUNO. ELA CONTÉM IMPORTANTES INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, NECESSIDADES ESPECIAIS E OUTRAS.
- QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À SECRETARIA.
- AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO ALUNO, É DE CARÁTER SIGILOSO.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_