|  |  |
| --- | --- |
|  | **2025 - CURSOS LIVRES**  **FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES**  (FICHA MÉDICA - TURMAS DE ADULTOS) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DO ALUNO | | | | | | | |
| Nome do aluno: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| Modalidade/Turma: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| Endereço completo: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| celular: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| E-mail: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| Profissão: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| tel. residencial: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| SAÚDE DO ALUNO | | | | | | | |
| 1. Tipo sanguíneo: | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |
| 2. O aluno é alérgico a algum medicamento?  Sim Não | | | | | | Qual: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| 3. Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico ou ortopédico?  Sim Não | | | | | | Especifique:Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| 4. O aluno tem doença congênita?  Sim  Não | | | | | | Qual: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| 5. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?  Caxumba Sarampo  Rubéola  Catapora/ Varicela  Escarlatina  Coqueluche  Outras | | | | | | Quais:Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Quando: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| 6. É Epilético?  Sim  Não | | | Está em tratamento? | | | | Sim  Não |
| 7. É Hemofílico?  Sim  Não | | | Está em tratamento? | | | | Sim  Não |
| 8. Tem Hipertensão?  Sim  Não | | | Está em tratamento? | | | | Sim  Não |
| 9. É Asmático?  Sim  Não | | | Está em tratamento? | | | | Sim  Não |
| 10. É Diabético?  Sim  Não | | | Depende de Insulina? | | | | Sim  Não |
| 11. Está fazendo algum tipo de tratamento?  Sim  Não | | | | | | | Qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| 12. Tem acompanhamento médico?  Sim  Não | | | | | | | Nome do médico: Clique ou toque aqui para inserir o texto. telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| 13. O aluno está ingerindo medicação específica?  Sim  Não | | | | | | | Qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| 14. O aluno possui necessidade Educacional Especial? | | | | | | | Sim  Não |
| ***Tipo de Necessidade***:  MÚLTIPLA  CEGUEIRA  BAIXA VISÃO  SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA  SURDEZ LEVE OU MODERADA FÍSICA – CADEIRANTE  SURDO/CEGUEIRA | | | | FÍSICA – OUTROS SÍNDROME DE DOWN  INTELECTUAL  SÍNDROME DE ASPERGER  SÍNDROME DE RETT  FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL  TDAH (TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE) | | | TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA  TEA (TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA)  ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO  OUTRA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 15. Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):  Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | |
| EMERGÊNCIA | | | | | | | |
| 16. O aluno possui algum Plano de Saúde?  Sim  Não | | | | | | | Qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Nº carteirinha: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| 17. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica? | | | | | | | |
| Nome: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | |
| End.: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | |
| Tel: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | |
| *No caso de o aluno ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionados 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: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | |  | | |
| Parentesco: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | |  | | |
| Telefone:Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | Celular: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | |
| **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. | | | | | | | |
| **ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA.** | | | | | | | |
| **Responsável pelo preenchimento da Ficha Médica:** Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | |
| Data de preenchimento:Clique ou toque aqui para inserir uma data. | | | | | | | |