|  |  |
| --- | --- |
|  | **2025 - CURSOS LIVRES**  **FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL AO CURSO**  (FICHA MÉDICA - TURMAS INFANTOJUVENIL/ ADOLESCENTES) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DO ALUNO | | | | | | | | | | | | |
| Nome do aluno: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | Clique ou toque aqui para inserir uma data. | | | | | | | | | | | |
| Modalidade/Turma: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | |
| Endereço completo: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | |
| Com quem mora o aluno? | | | | Pais  Pai ou  Mãe  outro responsável | | | | | | | | |
| Se *outro responsável*, especificar: | | | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | |
| FAMILIAR | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Pai:** | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | Nascimento: | | | | Clique ou toque aqui para inserir uma data. | |
| Profissão: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | estado civil: | | | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| E-mail: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | |
| Celular: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | |  | | | | | |
| **Nome da Mãe:** | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | Nascimento: | | | | Clique ou toque aqui para inserir uma data. | |
| Profissão: | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | estado civil: | | | | 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. | | | | | | | | | | | |
| Telefone residencial do Responsável: | | | | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | |
| SAÚDE DO ALUNO | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tipo sanguíneo: | A+  A- | | | | B+  B- | | | | AB+  AB- | | | O+  O- |
| 2. O aluno é alérgico a algum medicamento?  Sim Não | | | | | | Se sim, 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  TEA (TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA)  SÍNDROME DE ASPERGER  SÍNDROME DE RETT  FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL | | | | | | | | TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA  ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO  TDAH (TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE)  OUTRA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 17. Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):  Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | | |
| EMERGÊNCIA | | | | | | | | | | | | |
| 18. 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. | | | | | | |
| 19. 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.* | | | | | | | | | | | | |
| 20. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado? | | | | | | | | | | | | |
| Nome: Clique ou toque aqui para inserir o texto. | | | | | | | | | | | | |
| Parentesco: 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 DE CADA CRIANÇA. 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 DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS/ PRÓPRIO ALUNO QUE AS PRESTARAM, E POSSUEM CARÁTER SIGILOSO. | | | | | | | | | | | | |
| **ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA.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. | | | | | | | | | | | | |