

2018

FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA (FICHA MÉDICA)

DADOS DO ALUNO	
Nome do aluno:	Ano/Série: _____ Fundamental: <input type="checkbox"/> Médio: <input type="checkbox"/>
E-mail:	
Endereço completo:	
Data de Nascimento: / /	Local:
Com quem mora o aluno? <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> outro responsável	
Se <i>outro responsável</i> , especificar:	
FAMILIAR	
Nome do Pai:	Nascimento: / /
Empresa em que trabalha:	
E-mail:	NEXTEL:
Telefone comercial:	Ramal: Celular: ()
Nome da Mãe:	Nascimento: / /
Empresa em que trabalha:	
E-mail:	NEXTEL:
Telefone comercial:	Ramal: Celular: ()
Telefone residencial do Responsável:()	Celular: ()
SAÚDE DO ALUNO	
1. O médico do aluno é: <input type="checkbox"/> alopata <input type="checkbox"/> homeopata	
2. Nome do médico:	
Endereço:	
Telefone: ()	Celular: ()
3. O aluno é alérgico a algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quais:	
4. Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno , qual medicamento poderá ser utilizado?	
5. O aluno tem doença congênita? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:	
6. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?	
<input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Escarlatina	
<input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Outras	
Quais: _____ Quando: _____	
7. É Epilético? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. É Hemofílico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9. Tem Hipertensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

10. É Asmático?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
11. É Deficiente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?
12. É Diabético?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Depende de Insulina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. Está fazendo algum tipo de tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?
14. O aluno está ingerindo medicação específica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?

INFORMAÇÕES GERAIS

15. O aluno vem para a escola de que forma?
 A pé e sozinho Alguém sempre vem trazê-lo De ônibus e sozinho Transporte Escolar

16. O aluno está autorizado a deixar a escola sozinho? **(Ensino Fundamental I)**

Sim Não

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são:

Nome: _____ RG: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____ Parentesco: _____

EMERGÊNCIA

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

Qual? _____

Nº carteirinha: _____

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

Nome: _____

End.: _____ Tel: () _____

No caso do estudante ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante da escola, esta 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.

19. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado?

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: () _____

NOTA:

PARA O RETORNO DOS ALUNOS ÀS SUAS RESIDÊNCIAS, RECOMENDA-SE QUE OS MESMOS ESPEREM DENTRO DA ESCOLA POR SEUS PAIS OU CONDUÇÃO ESCOLAR.

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 COORDENAÇÃO.
- AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM, E POSSUEM CARÁTER SIGILOSO.

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL