**

Ensino Fundamental e Médio

**2025**

**FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA**

(FICHA MÉDICA)

| **DADOS DO ALUNO** |
| --- |
| Nome do(a) aluno(a): | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Raça / Cor: | **[ ]  Branca** | **[ ]  Preta** | **[ ]  Parda** | **[ ]  Amarela** | **[ ]  Indígena** | **[ ]  Não declarada** |
|  Turma: | **Escolher um item.** |
| Endereço completo:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** | Local:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Com quem o aluno mora? | [ ]  Pais | [ ]  Pai | [ ]  Mãe | [ ]  Outro |
| *Outro responsável*, especificar:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **FAMILIAR** |
| Nome do pai: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |
| Empresa em que trabalha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| E-mail: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Comercial: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Nome da mãe: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |
| Empresa em que trabalha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| E-mail: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Comercial: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Res. do Resp.: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **SAÚDE DO ALUNO** |
| Tipo sanguíneo:  | **[ ] A+** | **[ ] A-** | **[ ]  B+** | **[ ]  B-** | **[ ]  AB+** | **[ ]  AB+** | **[ ] O+** | **[ ]  O-** |
| O médico do aluno é:  |  **[ ]  Alopata** |  **[ ]  Homeopata** |
| Nome do médico: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Endereço: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno é alérgico a algum medicamento?  |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno tem alergia alimentar?  |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Em caso de febre alta, **não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno,** qual medicamento poderá ser utilizado?  |
| **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno tem doença congênita? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Qual?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas? |
| [ ]  Caxumba | [ ]  Sarampo | [ ]  Rubéola | [ ]  Catapora | [ ]  Escarlatina | [ ]  Coqueluche |
| Outras, quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Quando?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| É Epilético?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| É Hemofílico?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Tem Hipertensão?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| É Asmático?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| O aluno possui necessidade Educacional Especial? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| **Tipo de necessidade:** |
| [ ]  MÚLTIPLA | [ ]  AUTISTA INFANTIL | [ ]  FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL | [ ]  SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA |
| [ ]  CEGUEIRA | [ ]  SURDO CEGUEIRA | [ ]  SÍNDROME DE DOWN | [ ]  SURDEZ LEVE OU MODERADA |
| [ ]  BAIXA VISÃO | [ ]  FÍSICA – CADEIRANTE | [ ]  SÍNDROME DE ASPERGER | [ ]  TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA |
| [ ]  INTELECTUAL | [ ]  FÍSICA OUTROS | [ ]  SÍNDROME DE RETT | [ ]  ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO |
| É Diabético?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Depende de Insulina? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Está fazendo algum tipo de tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim (Especifique abaixo)** |
| Tratamento:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno está ingerindo medicação específica? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim (Especifique abaixo)** |
| Medicação:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **INFORMAÇÕES GERAIS** |
| O aluno vem para a escola de que forma?  |
| **[ ]  A pé e sozinho** | **[ ]  Alguém sempre vem trazê-lo** | **[ ]  De ônibus e sozinho** | **[ ]  Transporte Escolar** |
| O aluno está autorizado a deixar a escola sozinho? **(Ensino Fundamental I)** | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Em caso **negativo**, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são: |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** | RG: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Parentesco: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** | RG: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Parentesco: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **EMERGÊNCIA** |
| O aluno possui algum Plano de Saúde? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Qual? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Nº da Carteirinha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica? |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Endereço: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| *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.*  |
| Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado? |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Parentesco: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** | Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **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.
 |
| [ ]  **ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA.** |
| Responsável pelo preenchimento da Ficha Médica: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de preenchimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |