**

Educação Infantil

**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? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Alguém sempre vem trazê-lo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Transporte Escolar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gestação (dados sobre a mamãe):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desejada | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Transfusões | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | |
| Programada | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Quedas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | |
| Tratamento pré-natal | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rubéola** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Toxoplasmose** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sífilis** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomou algum medicamento? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parto:** | | | | | | | | | | | | | | **Normal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Cesariana – motivo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prematuro** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** meses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foi usado fórceps no parto? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condições da criança:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anóxia (nasceu roxinho)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Icterícia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Choro imediato** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Demorou a chorar** | | | | | | | | | | |
| Tomou algum medicamento? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ficou na UTI/incubadora? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alimentação:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seio | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | até | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mamadeira | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | até | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Copinho | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentação pastosa | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | início | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentação sólida | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | início | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentação pastosa | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | início | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preferência alimentar: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restrição alimentar: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desenvolvimento Psicomotor: Sustentação:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sentou com apoio | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Quando? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sentou sem apoio | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Quando? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Engatinhou quando? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andou com apoio quando? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andou sem apoio quando? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Corre** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Pula** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Faz atividade física | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Qual/Quais? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desenvolvimento da linguagem** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balbuciou: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Início: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Começou a falar com: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rouquidão: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em que situação: | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vocabulário: | | | | | | | | | | | | | | **Rico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Pobre** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Médio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expressão verbal: | | | | | | | | | | | | | | **Boa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ruim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Média** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canta: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fala muito sozinho: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gosta de gritar: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em que situação grita? | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desenvolvimento Pessoal: Sono:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dorme sozinho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dorme ou dormiu com os pais, até quando? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Luz apagada: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de sono: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Tranquilo** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Agitado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Acorda muitas vezes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonambulismo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Frequência | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesadelos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Frequência | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fala dormindo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Frequência | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enurese noturna (xixi na cama): | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | Frequência | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Até quando? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Baba? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respiração bucal? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Higiene:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Já retirou a fralda? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Controle de esfíncteres (xixi e cocô) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escovação de dentes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Boa vontade** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Má vontade** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ainda não escova** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Gosta** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Foge** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Se perfuma** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Se penteia** | | | | | | | | |
| **Rói unha** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Dedo no nariz** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros hábitos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chupa o dedo | | | | | | | | | | | | | | | Pisca muito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tiques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Movimentos rítmicos | | | | | | | | | | | | | | |
| Tricotilomania (arranca os cabelos): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Independência:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veste-se sozinho: | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Toma banho sozinho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| Abotoa roupas: | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Escova dentes sozinho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| Amarra cadarço: | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Penteia cabelo sozinho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| Faz nós: | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Come sozinho: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| **Sociabilidade:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interage bem com: | | | | | | | | Pais: | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Irmãos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| Outros parentes: | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colegas: | | | | | | | | | | | | | | | | | **Maiores** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Menores** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Mesma idade** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Doenças apresentadas:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caxumba | | | | | | | | | | Sarampo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Encefalite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Rubéola | | | | | | | | | |
| Catapora | | | | | | | | | | Varíola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Meningite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Asma | | | | | | | | | |
| Acidentes: | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alergias: | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Convulsões: | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Frequência | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desmaios: | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Problemas de saúde na família:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Retardo**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Paralisia**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Epilepsia**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Asma**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cegueira**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Surdez**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Disritmia**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Consanguinidade**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Doenças nervosas**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alcoolismo**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Outros tóxicos**. | | | | | | | | | Quem? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outras: | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cirurgias:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adenóide: | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | Amígdala: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | **Sim** | | | | |
| Outras: | | | **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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |