



**FICHA DE SAÚDE DO ALUNO**

**I – Dados Pessoais do(a) aluno(a):**

Curso: ( ) Infantil ( ) Fundamental ( ) Médio

Nome do Aluno:			
Data de Nascimento:			
Endereço Residencial:			
CEP:	Bairro:	Cidade/Estado:	
Telefone Residencial:		E-mail:	

**II – Identificação dos Responsáveis pelo(a) aluno(a):**

Com quem mora o(a) aluno(a):

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avós ( ) Irmãos ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Nome do Pai:			
Telefone Comercial:		Telefone Celular:	
Nome da Mãe:			
Telefone Comercial:		Telefone Celular:	
Nome para recado:		Telefone:	

**III - Em caso de emergência, não sendo localizados os pais e/ou responsáveis pelo aluno(a), quem deverá ser avisado?**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, não se localizando os pais, o colégio está autorizado a procurar o hospital de seu convênio, ou outro hospital?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Não

Sangue (Tipo/RH): \_\_\_\_\_

O aluno(a) possui algum Plano de Saúde? ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Nº da Carteira: \_\_\_\_\_

**IV - Dados sobre a Saúde do(a) aluno(a):**

01 - O(a) aluno(a) é alérgico a algum medicamento tóxico, oral ou injetável?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

02 - O aluno(a) é alérgico a picadas de insetos (formigas e abelhas)?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

03 - A criança possui alguma doença congênita?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

04 - O aluno apresenta problemas cardíacos:

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não



Em caso afirmativo, deverá trazer atestado médico para praticar Educação Física.

05 - É asmático? ( ) Sim ( ) Não

06 - É diabético? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? ( ) Sim ( ) Não

07 - É convulsivo? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, está em tratamento?

( ) Sim Qual medicamento? \_\_\_\_\_ ( ) Não

08 - Quais as doenças de infância já contraídas?

( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Rubéola

( ) Catapora ( ) Escarlatina ( ) Coqueluche

( ) Outras: \_\_\_\_\_

09 - Já foi vacinado(a) contra a varicela (catapora)? ( ) Sim ( ) Não

10 - Tem atualmente algum problema específico de saúde?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

11 - Está ingerindo medicação específica?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

12 - É portador de alguma necessidade especial?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

13 - Está em tratamento médico?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

#### **Medicamentos na escola:**

Conforme manual do aluno (agenda escolar) e de acordo com as resoluções/decretos abaixo, o Colégio Escrevendo somente administrará remédios, mediante receita médica contendo nome completo do paciente, CID, carimbo médico, posologia e data:

- Resolução Estadual de 2002 que proíbe qualquer tipo de automedicação nas escolas,

- Resolução RDC nº 344 (12/05/1998) e seus anexos; e

- Decreto do COREN 50.387 em seus artigos 2º e 15º, proíbe a administração de medicamentos sem receita médica.

**Quaisquer alterações nos dados contidos nesta ficha deverão ser comunicadas à Secretaria.**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Pai ou Responsável*

\_\_\_\_\_  
*Diretor*