

**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 tópico, 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

14 - O aluno pode ser medicado?

* Febre:

() Sim Qual Medicamento? _____ Dosagem _____ () Não

* Dor de cabeça:

() Sim Qual Medicamento? _____ Dosagem _____ () Não

* Cólicas:

() Sim Qual Medicamento? _____ Dosagem _____ () Não

* Dor de Barriga:

() Sim Qual Medicamento? _____ Dosagem _____ () Não

Obs: Caso o aluno necessite ser medicado no Colégio, deverá ser enviado o medicamento, juntamente com a receita médica, especificando a dosagem na agenda do aluno.

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

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Pai ou Responsável

Diretor