



FICHA DE SAÚDE

Aluno

RM

Informações gerais

Alergias

Alergias Alimento

Em caso de febre alta, ministrar (medicação e dosagem):

Está realizando o seguinte tratamento médico

Necessidades especiais

Física Fala Auditiva

Outras

Doenças crônicas

Asma Dep. de insulina Doença celíaca Hemofilia Reumatismo Amidalite
 Bronquite Diabete Epilepsia Hipertensão Síndrome convulsiva

Outras

Doenças contagiosas já contraídas/Doenças congênitas

Catapora Coqueluche Rubéola Caxumba Escarlatina Sarampo Coração
 Tireóide

Outras

Peso e altura do aluno

Peso _____ Altura _____ Tipo sanguíneo _____

Emocional

Nervoso Passivo Introverso Extroverso

Características que se evidenciam na disciplina do aluno

Teimosia Agressividade Desobediência Mentira Outras: Quais? _____

Expressa sentimentos de forma

Clara Regular Confusa

O aluno usa linguagem correta

Sempre Às vezes Quase nunca

O aluno é:

Destro Sinistro (canhoto) Ambidestro Observar

O aluno apresenta problema de coordenação motora

Qual? _____

O aluno possui quais diagnósticos do Neurologista?

Hiperatividade Déficit de atenção Proc. auditivo Dislexia Outros? _____

O aluno faz acompanhamento com alguns dos profissionais abaixo? Citar o nome e telefone do profissional

Fonoaudióloga	_____	Fone	_____	Celular	_____
Psicóloga	_____	Fone	_____	Celular	_____
Psicopedagoga	_____	Fone	_____	Celular	_____
Neurologista	_____	Fone	_____	Celular	_____
Outros	_____	Fone	_____	Celular	_____

Descreva detalhadamente o motivo pelo qual o aluno faz acompanhamento, a data de início do tratamento.

Encaminhe para o colégio cópia dos laudos médicos e psicodiagnósticos para anexarmos no prontuário do aluno.

Plano de saúde

Nr. de inscrição

Restrição para alimentação ou atividade física

Em caso de emergência, não localizando os pais, contatar

Nome	RG	Parentesco	Telefone
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Em caso de necessidade, após ter sido socorrido no Pronto Socorro mais próximo da Escola, remover para: _____



FICHA DE SAÚDE

Aluno

RM

Hospital / Clínica

Telefone

Endereço

Pessoas autorizadas a retirar o aluno da escola

Nome

RG

Parentesco

Em caso de emergência o colégio poderá entrar em contato com o SAMU? Sim () Não ()

Aluno mora com

Pais

Mãe

Pai

Responsável

Declaro estar ciente das informações constantes na Ficha de Saúde, assim como declaro a veracidade das mesmas, concordando com os dados nelas descritos.

OBS: _____

Assinatura do responsável

_____/_____/_____
Data