



FICHA DE SAÚDE 202_

DADOS DA(O) ESTUDANTE

CGM	Nome Completo da(o) Estudante
-----	-------------------------------

FILIAÇÃO

Filiação (1)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (2)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (3)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (4)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Responsável Legal	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com:	Contato/Fone/Celular/WhatsApp

HISTÓRICO DE SAÚDE

Possui convênio médico/Plano de Saúde? () Não () Sim Qual?	Tipo Sanguíneo	Fator RH	Faz uso de medicamento de uso contínuo? () Não () Sim Qual?
---	----------------	----------	--

EM CASO POSITIVO E OS PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL AUTORIZAREM A INSTITUIÇÃO DE ENSINO A MINISTRAR O MEDICAMENTO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA VÁLIDA COM A POSOLOGIA. O MEDICAMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE NA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PELOS PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL, IDENTIFICADO COM O NOME DA CRIANÇA E A POSOLOGIA.

Quanto a vacinação, () Não ela está em dia? () Sim	Caso tenha ocorrido atualização do esquema vacinal após a matrícula, compartilhar nova cópia	Já realizou alguma () Sim Qual(is): cirurgia? () Não
--	--	--

A(o) estudante possui alergias? () Não () Sim	Tipo da Alergia () Alimentos. Quais? _____ () Medicamentos. Quais? _____ () Outros. Quais? _____
---	--

Observações:

A(o) Estudante possui alguma Doença Crônica?		
() Não () Sim Qual(is)	() Asma/bronquite () Conjuntivite/ Rinite Alérgica () Cardiopatia () Convulsão/ Doença Neurológica	() Diabetes () Doença da Tireóide () Hemofilia/ Doenças do Sangue () Hipertensão Arterial
		() Obesidade () Transtornos Psicológicos () Outra(s). Especifique: _____

Observações

Deficiências	
() Visual	Especifique _____
() Auditiva	Especifique _____
() Física	Especifique _____
() Outra(s)	Especifique _____

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADES FÍSICAS () Não () Sim. Qual(is) _____

EM CASO POSITIVO, ENCAMINHE PARA A SECRETARIA O DOCUMENTO QUE AMPARA LEGALMENTE O IMPEDIMENTO OU QUE ORIENTE SOBRE AS RESTRIÇÕES.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ responsável legal pela(o) estudante acima citada(o), autorizo o Colégio/Escola _____, em caso de emergência, encaminhar minha (meu) filha(o) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicarme imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

_____ / _____ / 202_	_____
Local	R.G, CPF e Assinatura do Responsável Legal