FICHA DE SAÚDE

DADOS DA(O) ALUNA(O)

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

Convênio	Tipo Sanguíneo	Fator RH

Faz uso de medicamento de uso contínuo? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)?

EM CASO POSITIVO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, PARA ORIENTAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIAS A ESCOLA PODE MEDICAR DESDE QUE TENHA RECEITA VÁLIDA COM A DOSAGEM E OS HORÁRIOS ESPECÍFICOS

Vacinação em dia? ( ) Sim ( ) Não **ANEXAR A ESTA FICHA A DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO**

Cirurgias? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)?

Alergias? ( ) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Alimentos. Quais?
( ) Medicamentos. Quais?
( ) Outros. Quais?

Observações:

Doença Crônica?

( ) Asma/bronquite ( ) Diabetes ( ) Obesidade
( ) Conjuntivite/ Rinite Alergica ( ) Doença da Tireóide ( ) Outra(s)
( ) Cardiopatia ( ) Hemofilia/ Doenças do Sangue
( ) Convulsão/ Doença Neurológica ( ) Hipertensão Arterial

Observações

Deficiências

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

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADES FÍSICAS ( ) SIM ( ) NÃO

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 comunicar-me imediatamente.

Local, data _____,_____/_____/_____ _____

R.G e Assinatura do Responsável Legal