



FICHA DE SAÚDE

Aluno(a):	CGM
Filiação:	Fone/Celular
	Fone/Celular
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com:	
1-	Fone/Celular
2-	Fone/Celular

HISTÓRICO DE SAÚDE

Convênio:	Tipo Sanguíneo:	Fator RH:
Faz uso de medicamento de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não		
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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ANEXAR A ESTA FICHA CÓPIA DA CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO		
Cirurgias <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____		

ALERGIA	QUAIS:	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/> Alimentos:		
<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Outros		

NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS (NAE)

<input type="checkbox"/> Diabetes	Observações:
<input type="checkbox"/> Doenças Celíacas	
<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	
<input type="checkbox"/> Outra. Qual?	
Anexar cópia de atestado ou laudo médico que comprove a NAE relatada.	

DOENÇA CRÔNICA OBSERVAÇÕES

<input type="checkbox"/> Asma/bronquite	
<input type="checkbox"/> Conjuntivite/ Rinite Alérgica	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	
<input type="checkbox"/> Convulsão/ Doença Neurológica	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Doença da Tireoide	
<input type="checkbox"/> Hemofilia/ Doenças do Sangue	
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	
<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Outra (s)	

DEFICIÊNCIAS ESPECIFIQUE

<input type="checkbox"/> Visual	
<input type="checkbox"/> Auditiva	
<input type="checkbox"/> Física	
<input type="checkbox"/> Outros	

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

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável _____
..... de de

ATUALIZAÇÕES DA FICHA DE SAÚDE

Indicar se há alguma alteração às informações prestadas anteriormente

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável _____
....., dede.....

Indicar se há alguma alteração às informações prestadas anteriormente

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável _____
....., dede.....

Indicar se há alguma alteração às informações prestadas anteriormente

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável _____
....., dede.....

Indicar se há alguma alteração às informações prestadas anteriormente

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.

Assinatura do responsável _____
....., dede.....