

FICHA DE SAÚDE

DADOS DA(O) ALUNA(O)		
CGM	Nome Completo da(o) Aluna(o)	
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? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ANEXAR A ESTA FICHA A DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO	
Cirurgias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)?		
Alergias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> Alimentos. Quais? <input type="checkbox"/> Medicamentos. Quais? <input type="checkbox"/> Outros. Quais?		
Observações:		
Doença Crônica? <input type="checkbox"/> Asma/bronquite <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Conjuntivite/ Rinite Alérgica <input type="checkbox"/> Doença da Tireóide <input type="checkbox"/> Outra(s) <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Hemofilia/ Doenças do Sangue <input type="checkbox"/> Convulsão/ Doença Neurológica <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		
Observações		
Deficiências <input type="checkbox"/> Visual Especifique <input type="checkbox"/> Auditiva Especifique <input type="checkbox"/> Física Especifique <input type="checkbox"/> Outra(s) Especifique		
TEM ALGUMA RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADES FÍSICAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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) aluna(o) 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.	
Local, data _____/_____/_____	_____ R.G e Assinatura do Responsável Legal