

FICHA MÉDICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL

NOME COMPLETO DO ALUNO: _____

EM CASO DE MEDICAMENTOS – SÓ SERÃO MINISTRADOS ACOMPANHADO DE RECEITA MÉDICA ATUALIZADA.

1- O ALUNO É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO? () SIM () NÃO
QUAIS? _____

2- O MÉDICO DO ALUNO É: () ALOPATA () HOMEOPATA

3- NOME DO MÉDICO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____

4- EM CASO DE FEBRE ALTA, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO ALUNO, COM QUAL MEDICAMENTO ELE DEVERÁ SER MEDICADO, POR INDICAÇÃO MÉDICA: _____

5- A CRIANÇA TEM DOENÇA CONGÊNITA? () SIM () NÃO – QUAL?: _____

6- TEM HIPERTENSÃO? () SIM () NÃO

7- QUAIS AS DOENÇAS CONTAGIOSAS DA INFÂNCIA JÁ CONTRAÍDAS ?

() CAXUMBA () SARAMPO () RUBÉOLA () CATAPORA () ESCARLATINA () COQUELUCHE () OUTRAS.

8- É EPILÉTICO ? () SIM () NÃO
EM CASO AFIRMATIVO, ESTÁ EM TRATAMENTO? () SIM () NÃO

9- É HEMOFÍLICO? () SIM () NÃO

10- FOI DETECTADO: () DISLEXIA, () DÉFICIT DE ATENÇÃO, () HIPERATIVIDADE, () AUTISMO.

11- É DEFICIENTE VISUAL? () SIM () NÃO

12- É DEFICIENTE FÍSICO? () SIM () NÃO

13- É DEFICIENTE AUDITIVO? () SIM () NÃO

14- É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO TÓPICO, ORAL OU INJETÁVEL? () SIM () NÃO

15- É ASMÁTICO? () SIM () NÃO

16- É DIABÉTICO? () SIM () NÃO
EM CASO AFIRMATIVO;
É DEPENDENTE DE INSULINA? () SIM () NÃO

17- TEM CONVULSÕES? () SIM () NÃO

18- ESTÁ FAZENDO ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO? () SIM () NÃO
QUAL? _____

19- ESTÁ INGERINDO MEDICAÇÃO ESPECÍFICA? () SIM () NÃO – QUAL? _____

20- O ALUNO POSSUI PLANO DE SAÚDE? () SIM () NÃO – QUAL? _____

21- EM CASO DE ACIDENTE, O ALUNO DEVERÁ SER REMOVIDO PARA QUAL HOSPITAL OU
CLÍNICA? _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: _____

22- O ALUNO ESTÁ AUTORIZADO A DEIXAR A ESCOLA SOZINHO? () SIM () NÃO
EM CASO NEGATIVO, AS ÚNICAS PESSOAS AUTORIZADAS A RETIRÁ-LO DA ESCOLA SÃO:

NOME: _____ RG.: _____

PARENTESCO: _____ TELEFONES: _____

23- SEU FILHO VEM PARA ESCOLA DE QUE FORMA?

() SOZINHO () ALGUÉM SEMPRE VEM TRAZÊ-LO () TRANSPORTE ESCOLAR

24- A ESCOLA RECOMENDA QUE OS ALUNOS ESPEREM, DENTRO DA ESCOLA POR SEUS PAIS OU CONDUÇÃO ESCOLAR. VOCÊ AUTORIZA SEU FILHO A ESPERÁ-LO EM OUTRO LOCAL?
 () SIM () NÃO

OBS: I - QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À SECRETARIA.

II – QUALQUER MEDICAÇÃO SÓ SERÁ MINISTRADA COM RECEITA MÉDICA.

25- EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO SENDO LOCALIZADO OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO ALUNO, QUEM DEVERÁ SER AVISADO?

NOME: _____ PARENTESCO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/____

