



FICHA MÉDICA DO ALUNO

Aluno: _____ Série/Ano _____

RG(aluno): _____ Data de nasc. : ___ / ___ / ___ Idade: _____

Nacionalidade: _____ Religião: _____ Cep: _____

End.: _____ Bairro: _____ Cidade _____

Telefone Residencial: _____ Tel Recados: _____ falar com: _____

Em caso de pais separados, entrar em contato com _____

Nome do pai: _____

Data de nasc. : ___ / ___ / ___ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

RG: _____ CPF: _____

Profissão: _____ Tel. com: _____

Horário de trabalho: _____ Tel. cel: _____

Endereço comercial: _____

E-mail : _____

Nome da mãe: _____

Data de nasc. : ___ / ___ / ___ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

RG: _____ CPF: _____

Profissão: _____ Tel. com: _____

Horário de trabalho: _____ Tel. cel: _____

Endereço comercial: _____

e-mail: _____

Em caso de urgência, a escola entrará em contato com: Nome: _____ Tel.: _____

Em caso de pais separados, quem tem a guarda do filho? () pai () mãe () outro Quem? _____

Tem irmãos no Colégio? () sim () não

Nome: _____ - série: _____

Nome: _____ - série: _____

Nome: _____ - série: _____

Como o aluno retorna para casa? () ônibus () transporte escolar () sozinho () com os pais () outros
Qual? _____

Seu filho tem algum problema de saúde? () Não () Sim
Qual? _____

Que providências o Colégio poderá tomar para ajudá-lo ?

Seu filho faz algum tratamento: () fonoaudiólogo () psicológico () outros. Qual? _____



FICHA MÉDICA DO ALUNO

Seu filho tem ALERGIA a algum medicamento? () Não () Sim Qual? _____
 Seu filho já teve algum desmaio? () Não () Sim Foi identificada a causa? () Não ()
 Pode explicar? _____

Seu filho tem bronquite ou qualquer outro tipo de problema pulmonar?
 () Não () Sim Qual? _____

Seu filho já teve convulsão? () Não () Sim Quando? _____
 Foi identificada a causa? _____
 Pode explicar? _____

Seu filho tem restrição médica quanto à prática de atividades físicas. Qual? _____
 A vacinação do seu filho está em dia? () Não () Sim

Seu filho já teve:

Sarampo () Não () Sim
 Rubéola () Não () Sim
 Catapora () Não () Sim
 Caxumba () Não () Sim

Há casos na família de: () diabetes () hipertensão () doenças cardíacas () doenças da tireoide
 () câncer () doenças infectocontagiosas

Que medicamentos e dosagem podem ser ministrados ao seu filho em caso de: (citar pelo menos, dois tipos de medicamentos).

Dor de cabeça: _____ Cólica menstrual: _____
 Cólica intestinal: _____ Náusea / vômito: _____
 Febre: _____ Diarreia: _____
 Azia / dor de estômago: _____ Torções / contusões: _____
 Outros: _____

Os senhores têm alguma observação a fazer sobre seu filho que possa ajudar a escola a conhecê-lo melhor?
 () Não () Sim

Em caso de atendimento de urgência, a qual hospital nas proximidades poderemos encaminhar seu filho?

Nome do médico: _____ Tel. _____

Convênio Médico: _____ Nº da carteirinha: _____

Observações:

- No caso de seu filho precisar de algum atendimento, algum medicamento específico ou inalante, enviá-lo juntamente com a receita médica atual.
- O preenchimento de todos os itens é muito importante para que possamos atender melhor seu filho. Essas informações são de caráter sigiloso. Em caso de informação pessoal ou mais minuciosa, entrar em contato com a coordenação pedagógica.

Data: ____/____/____

 Assinatura do responsável