

FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA

DADOS DO ALUNO

| | | | |
|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| Matrícula: | Nome completo do aluno: | | |
| E-mail: | | | |
| Endereço completo: | | | |
| Data de Nascimento: | / | / | Local: |
| Com quem mora o aluno? | <input type="checkbox"/> Pais | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros |
| Se outros, especificar: | | | |

FAMILIAR

| | | |
|--|-----------------|-----------------|
| Nome do Pai : | Nascimento: | |
| | ____/____/____ | |
| Empresa em que trabalha: | | |
| E-mail: | | |
| Telefone comercial: | Ramal: | Celular: () |
| Nome da Mãe : | Nascimento: | |
| | ____/____/____ | |
| Empresa em que trabalha: | | |
| E-mail: | | |
| Telefone comercial: | Ramal: | Celular: () |
| Telefone residencial do Responsável : | Celular: () | |

SAÚDE DO ALUNO

01. O médico do aluno é: Alopata Homeopata

02. Nome do médico:

Endereço:

Telefone: () Celular: ()

03. O aluno é alérgico a algum medicamento? Sim Não

Quais: _____

04. Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, com qual medicamento deverá ser medicado, por indicação médica? :

05. A criança tem doença congênita? Sim Não Qual: _____

06. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

Caxumba Sarampo Rubéola Catapora Escarlatina

Coqueluche Outras, Quais: _____ Quando: _____

07. É Epilético? Sim Não Está em Tratamento? Sim Não

| | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------|---|
| 08. É Hemofílico ? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| 09. Tem Hipertensão? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| 10. É Asmático? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| 11. É Deficiente Visual? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| 12. É Deficiente Físico? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| 13. É Diabético? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Depende de Insulina? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Está fazendo algum tipo de tratamento médico? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Qual? | |
| 15. O aluno está ingerindo medicação específica? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Qual? | |

INFORMAÇÕES GERAIS

16. O aluno vem para a escola de que forma?
 A pé e sozinho Alguém sempre vem trazê-lo De ônibus e sozinho Transporte Escolar

17. 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: _____

EMERGÊNCIA

18. O aluno possui algum Plano de Saúde? Sim Não
Qual? _____

19. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica?
Nome: _____
Endereço: _____ Telefone: () _____

No caso do estudante ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante da escola, esta se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha média e indicou o local de remoção ao estudante.

20. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado ?
Nome: _____ Parentesco: _____
Telefone: _____ Celular: () _____

NOTA:

PARA O RETORNO DOS ALUNOS ÀS SUAS RESIDÊNCIAS, RECOMENDA-SE QUE OS MESMOS ESPEREM DENTRO DA ESCOLA POR SEUS PAIS OU CONDUÇÃO ESCOLAR.

OBSERVAÇÕES:

QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À SECRETARIA.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL