**1 - Nome do pai:**

**Sexo: Fem ( ) Masc ( )**

**RG:**

**CPF:**

**DATA DE NASC.: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II– IDENTIFICAÇÃO DOS) RESPONSÁVEIS:**

**:**

**Necessidade Educacional? ( ) Sim ( ) Não**

**O aluno(a) Mora com quem?**

**Outros? Quem?**

**Participa do Programa Bolsa Família? ( ) Sim ( ) Não**

**Cor/raça: ( ) Branco ( ) Preto(a) ( ) Pardo(a) ( ) Amarelo(a) Indígena/Quilombola ( ) Sim ( ) Não**

**Referência:**

**Tel. Residencial: ( )**

**Cidade/Estado:**

Local de Nascimento: Cidade /Estado:

**CEP:**

**Bairro:**

**Complemento:**

**Endereço:**

**Número:**

**Celular: ( )**

**E-mail:**

**I – IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A):**

**:**

**DATA DE NASC.: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF:**

**RG:**

**Nome:**

**Sexo: Fem ( ) Masc ( )**

**INFORMAÇÕES DOS PAIS AO COLÉGIO – ANO LETIVO/2020**

**CEP:**

**Bairro:**

**Complemento:**

**Endereço:**

**Celular: ( )**

**E-mail:**

**Número:**

**Contatar: Telefone: Celular:**

**Convênio/Número: Telefone:**

**ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

**PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**Telefone:**

**Psicólogo:**

**Dentista:**

**Telefone:**

**Telefone:**

**Médico Pediatra:**

**III– FICHA MÉDICA DO ALUNO**

**Tel. Comercial:**

**CEP:**

**Bairro:**

**Número:**

**Endereço Comercial:**

**Empresa onde trabalha:**

**Profissão:**

**Número:**

**Endereço Comercial:**

**Profissão:**

**Tel. Comercial:**

**Empresa onde trabalha:**

**CEP:**

**Bairro:**

**Número:**

**E-mail:**

**CEP:**

**Bairro:**

**Complemento:**

**Endereço:**

**DATA DE NASC.: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF:**

**RG:**

**Sexo: Fem ( ) Masc ( )**

**2 - Nome da mãe**

**Celular: ( )**

**IV – QUESTIONÁRIO**

1. **Toma remédio de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **É portador de necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Tem problemas cardíacos ou alguma doença congênita? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Tem restrição na alimentação? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Está em tratamento médico, psicológico, fonoaudiológica ou terapéutica? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **É portador de: ( ) Asma ( ) Amidalite ( ) Bronquite ( ) Convulsão ( ) Diabetes ( ) Dispinéia**

**( ) Epilepsia ( )Hipertensão ( ) Otite ( ) Sinusite ( ) Hemofilia ( ) Outra doença ou limitação:**

**Se sim, especificar:**

1. **Doenças já contraídas? ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Dengue ( ) Escarlatina ( ) Hepatite**

**( ) Pneumonia ( ) Rubéola ( ) Sarampo ( ) Varíola/Varicela ( ) Outra doença infecciosa:**

**Se sim, especificar e detalhar:**

1. **É alérgico à algum medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Já foi submetido (a) a algum procedimento cirúrgico? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Já sofreu alguma fratura? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Faz uso de óculos ou lentes de grau? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Pode participar de prática esportiva, como educação física, balé ou judô? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

1. **Tem mobilidade reduzida? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar:**

**Informamos que qualquer ocorrência sobre febres, dores, indisposições físicas ou incidentes será comunicado aos responsáveis com precisão que a situação exigir.**

**Eu , AUTORIZO o Colégio, caso seja necessário, providenciar socorro imediato confiando no bom senso dos responsáveis.**

**Ciente que qualquer decisão tomada, será em benefício do (a) aluno (a).**

**AFIRMO ainda, que todas as informações contidas nesta, estão corretas.**

**São Paulo, / /**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do responsável 1 Assinatura do responsável 2**

1. **Medicação eventualmente, em caso de necessidade e/ou febre superior a ° (graus), a escola está autorizada a medicar? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, especificar abaixo:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sintomas** | **Medicamento** | **Dosagem** | **Gotas** | **Comprimidos** |
| **Dor de cabeça** |  |  |  |  |
| **Febre** |  |  |  |  |

1. **Outras observações importantes e pertinentes sobre a saúde do aluno:**

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**