

INFORMAÇÕES DOS PAIS AO COLÉGIO – ANO LETIVO/2020**I – IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A):**

Nome:		Sexo: Fem () Masc ()	
RG:	CPF:	DATA DE NASC.: / /	
Local de Nascimento: Cidade /Estado:			
E-mail:		Celular: ()	
Endereço:		Número:	
Complemento:		Bairro:	CEP:
Cidade/Estado:	Referência:		Tel. Residencial: ()
O aluno(a) Mora com quem?		Outros? Quem?	
Cor/raça: () Branco () Preto(a) () Pardo(a) () Amarelo(a) Indígena/Quilombola () Sim () Não			
Participa do Programa Bolsa Família? () Sim () Não		Necessidade Educacional? () Sim () Não	

II– IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS:

1 - Nome do pai:		Sexo: Fem () Masc ()	
RG:	CPF:	DATA DE NASC.: / /	
E-mail:		Celular: ()	
Endereço:		Número:	
Complemento:		Bairro:	CEP:

Profissão:		Empresa onde trabalha:	
Endereço Comercial:			Número:
Bairro:	CEP:	Tel. Comercial:	
2 - Nome da mãe			Sexo: Fem () Masc ()
RG:	CPF:	DATA DE NASC.: / /	
E-mail:		Celular: ()	
Endereço:			Número:
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Profissão:		Empresa onde trabalha:	
Endereço Comercial:			Número:
Bairro:	CEP:	Tel. Comercial:	

III- FICHA MÉDICA DO ALUNO**PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Médico Pediatra:	Telefone:
Dentista:	Telefone:
Psicólogo:	Telefone:

ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Contatar:	Telefone:	Celular:
Convênio/Número:	Telefone:	

IV – QUESTIONÁRIO

- 1) Toma remédio de uso contínuo? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 2) É portador de necessidade especial? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 3) Tem problemas cardíacos ou alguma doença congênita? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 4) Tem restrição na alimentação? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 5) Está em tratamento médico, psicológico, fonoaudiológica ou terapêutica? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 6) É portador de: () Asma () Amidalite () Bronquite () Convulsão () Diabetes () Dispneia
() Epilepsia () Hipertensão () Otite () Sinusite () Hemofilia () Outra doença ou limitação:
Se sim, especificar:
- 7) Doenças já contraídas? () Catapora () Caxumba () Dengue () Escarlatina () Hepatite
() Pneumonia () Rubéola () Sarampo () Varíola/Varicela () Outra doença infecciosa:
Se sim, especificar e detalhar:
- 8) É alérgico à algum medicamento tópico, oral ou injetável? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 9) Já foi submetido (a) a algum procedimento cirúrgico? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 10) Já sofreu alguma fratura? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 11) Faz uso de óculos ou lentes de grau? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 12) Pode participar de prática esportiva, como educação física, balé ou judô? () Sim () Não
Se sim, especificar:
- 13) Tem mobilidade reduzida? () Sim () Não
Se sim, especificar:

14) 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				

15) Outras observações importantes e pertinentes sobre a saúde do aluno:

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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