**INFORMAÇÕES DOS PAIS AO COLÉGIO – ANO LETIVO/2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I – IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A):** | | |
| **Nome:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | **Sexo: Fem  Mas** | |
| **RG:** Clique aqui para digitar texto. | | **CPF:** Clique aqui para digitar texto. | | | | **Data Nasc:** 00/00/0000 | | |
| **Local de Nascimento: Cidade /Estado:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | |
| **Email:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | **Celular:** (11)90000-0000 | |
| **Endereço:**Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | **Número:** 0000 |
| **Complemento:** Clique aqui para digitar texto. | | | | **Bairro:** Santo amaro | | | | **Cep:** 00000000 |
| **CidadeEstado:** São Paulo | **Referência:** texto | | | | | | **Tel. Residencial:** 00000000 | |
| **O aluno(a) Mora com quem?** Mãe | | | | | **Outros? Quem?** Clique aqui para digitar texto. | | | |
| **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:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | **Sexo: Fem  Mas** | | | | |
| **RG:** Clique aqui para digitar texto. | **CPF:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | **Data Nasc:** 00/00/0000 | | | | |
| **Email:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | **Celular:** (11)900000000 | | | | |
| **Endereço:**Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | | | | **Número:** 000 | |
| **Complemento:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | **Bairro:** Santo amaro. | | | | | | | **Cep:** 00000000 | | |
| **Profissão:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | **Empresa onde trabalha:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | |
| **Endereço Comercial:** Santo amaro. | | | | | | | | | | | | | | | **Número:** 000 |
| **Bairro:** Santo amaro | **CEP:**00000000 | | | | | | | | | **Tel. Comercial:** 00000000 | | | | | |
| **2- Nome da Mãe:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | | **Sexo: Fem  Mas** | | | |
| **RG:** Clique aqui para digitar texto. | | **CPF:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | **Data Nasc:** 00/00/0000 | | | |
| **Email:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | **Celular:** (11)900000000 | | | | | | |
| **Endereço:**Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | | | | | **Número:** 000 |
| **Complemento:**Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | **Bairro:**Santo amaro | | | | | | **Cep:** 00000000 | |
| **Profissão:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | **Empresa onde trabalha:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | |
| **Endereço Comercial:** Clique aqui para digitar texto. | | | | | | | | | | | | **Número:** 000 | | | |
| **Bairro:** Santo amaro | | | | **CEP:** 00000000 | | | | | | | | **Tel. Comercial:** 00000000 | | | |

|  |
| --- |
| **III– FICHA MÉDICA DO ALUNO** |
| **PROFISSIONAIS DA SAÚDE** |
| **Médico Pediatra:** Clique aqui para digitar texto. | | | **Telefone:**00000000 | |
| **Dentista:** Clique aqui para digitar texto. | | | **Telefone:**00000000 | |
| **Psicólogo:** Clique aqui para digitar texto. | | | **Telefone:**00000000 | |
| **ATENDIMENTO EMERGENCIAL** | |
| **Contatar:**Clique aqui para digitar texto. | | **Telefone:** 00000000 | | **Celular:** (11)900000000 |
| **Convênio/Número:** Clique aqui para digitar texto. | | | | **Telefone:** 00000000 |

|  |
| --- |
| **IV – QUESTIONÁRIO** |
| **1- Toma remédio de uso contínuo?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **2- É portador de necessidade especial?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **3- Tem problemas cardíacos ou alguma doença congênita?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **4- Tem restrição na alimentação?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **5- Está em tratamento médico, psicológico, fonoaudiológica ou terapêutica?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **6- É portador de:  Asma  Amidalite  Bronquite  Convulsão  Diabetes  Dispinéia**  **Epilepsia  Hipertensão  Otite  Sinusite  Hemofilia  Outra doença ou limitação:**    **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **7- Doenças já contraídas?  Catapora  Caxumba  Dengue  Escarlatina  Hepatite**  **Pneumonia  Rubéola  Sarampo  Varíola/Varicela  Outra doença infecciosa:**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **8- É alérgico à algum medicamento tópico, oral ou injetável?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **9- Já foi submetido (a) a algum procedimento cirúrgico?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **10- Já sofreu alguma fratura?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **11- Faz uso de óculos ou lentes de grau?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **12- Pode participar de prática esportiva, como educação física, balé ou judô?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **13- Tem mobilidade reduzida?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |
| **14- Medicação eventualmente, em caso de necessidade e/ou febre superior a** 37 **° (graus), a escola está autorizada a medicar?  Sim  Não**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Sintomas** | **Medicamento** | **Dosagem** | **Gotas** | **Comprimidos** | | **Dor de cabeça** | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | | **Febre** | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | | |
| **15- Outras observações importantes e pertinentes sobre a saúde do aluno:**  **Se sim, especificar:** Clique aqui para digitar texto. | |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:** |
| **Informamos que qualquer ocorrência sobre febres, dores, indisposições físicas ou incidentes será comunicado aos responsáveis com precisão que a situação exigir.**  **Eu** Clique aqui para digitar texto. **, 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** 00 de MÊS de 2020  Clique aqui para digitar texto.  **Assinatura do responsável 1**  Clique aqui para digitar texto.  **Assinatura do responsável 2** | |

**Colaborador(a) responsável pela matrícula:**

Clique aqui para digitar texto.

**Data:** 00/00/0000

**Assinatura:** Clique aqui para digitar texto.