

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

### I – IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A):

Nome:		Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/>	
RG:	CPF:	Data Nasc:	
Local de Nascimento: Cidade /Estado:			
Email:		Celular:	
Endereço:		Número:	
Complemento:	Bairro:	Cep:	
Cidade/Estado:	Referência:	Tel. Residencial:	
O aluno(a) Mora com quem?		Outros? Quem?	
Cor/raça: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Amarelo(a) Indígena/Quilombola <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Participa do Programa Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Necessidade Educacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### II– IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS:

1- Nome do pai:		Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/>	
RG:	CPF:	Data Nasc:	
Email:		Celular:	
Endereço:		Número:	
Complemento:	Bairro:	Cep:	
Profissão:	Empresa onde trabalha:		

Endereço Comercial:		Número:
Bairro:	CEP:	Tel. Comercial:
2- Nome da Mãe:		Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/>
RG:	CPF:	Data Nasc:
Email:		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:	
<b>ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>		
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:

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:

Sintomas	Medicamento	Dosagem	Gotas	Comprimidos
Dor de cabeça				
Febre				

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

Se sim, especificar:

**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

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

\_\_\_\_\_

**Data:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_