**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****Qual:** Clique aqui para digitar texto. |
|  | **Possui Laudo?** [ ]  **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** [ ]  **Coronavírus** [ ]  **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 2020Clique 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. |