

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 Qual:	
		Possui Laudo? <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:	
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 Coronavírus 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 37 ° (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:
