



1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Série: _____ Turma: _____ Turno: _____

Endereço: _____

Tel. Residencial: _____ Celular: _____

Pai: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Comercial: (____) _____

Mãe: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Comercial: (____) _____

Caso os pais não sejam os tutores legais da criança, favor, preencher o campo abaixo:

Tutores Legais: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Comercial: (____) _____

Em situação de emergência, caso não encontre pai, mãe ou tutores legais, o Colégio poderá avisar:

Nome: _____ Telefones: _____

Nome: _____ Telefones: _____

2. INFORMAÇÕES MÉDICAS:

Tem alguma alergia? () Sim () Não Qual?

Restrição Alimentar: _____

Quais doenças infantis seu filho já teve? _____

Está fazendo algum tratamento especial? () Sim () Não Qual? _____

Já teve ou tem convulsões? () Sim () Não Quais as causas? _____

Tem restrições a medicamentos? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? Qual (is)? _____

Em caso de febre, qual medicamento seu filho está autorizado a usar (situação de emergência)?

Tem plano de saúde? Qual? _____

Qual o hospital recomendado para eventual necessidade? _____

Em caso de algum acidente em que o seu filho necessite ser encaminhado ao hospital, está autorizado a fazer sutura? _____

3. OBSERVAÇÕES:

ATENÇÃO: O uso de qualquer medicamento deverá vir acompanhado de receita médica ou autorização por escrito na agenda pelos pais ou responsáveis. Esta ficha se faz necessária para acompanhar o estudante, caso seja encaminhado para atendimento hospitalar, após contato com o responsável.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Responsável