

## FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA

### DADOS DO ALUNO

Matrícula:	Nome completo do aluno:
E-mail:	
Endereço completo:	
Data de Nascimento:    /    /	Local:
Com quem mora o aluno?	<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros
Se outros, especificar:	

### FAMILIAR

Nome do <b>Pai</b> :	Nascimento: ____/____/____	
Empresa em que trabalha:		
E-mail:		
Telefone comercial:	Ramal:	Celular: (    )
Nome da <b>Mãe</b> :	Nascimento: ____/____/____	
Empresa em que trabalha:		
E-mail:		
Telefone comercial:	Ramal:	Celular: (    )
Telefone residencial do <b>Responsável</b> :	Celular: (    )	

### SAÚDE DO ALUNO

01. O médico do aluno é:	<input type="checkbox"/> Alopata	<input type="checkbox"/> Homeopata
02. Nome do médico:		
Endereço:		
Telefone: (    )		Celular: (    )
03. O aluno é alérgico a algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não    Quais: _____
_____.		
04. A criança tem doença congênita?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não    Qual: _____
05. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?		
<input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Outras, Quais: _____    Quando: _____		
06. É Epilético?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em Tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
07. É Hemofílico ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
08. Tem Hipertensão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
09. É Asmático?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10. É Deficiente Visual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

11. É Deficiente Físico?  Sim  Não
12. É Diabético?  Sim  Não Depende de Insulina?  Sim  Não
13. Está fazendo algum tipo de tratamento médico?  Sim  Não Qual?
14. O aluno está ingerindo medicação específica?  Sim  Não Qual?

### INFORMAÇÕES GERAIS

15. O aluno vem para a escola de que forma?  
 A pé e sozinho  Alguém sempre vem trazê-lo  De ônibus e sozinho  Transporte Escolar
16. O aluno está autorizado, após o término das aulas, a deixar a escola sozinho?  
 Sim  Não  
Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são :  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### EMERGÊNCIA

17. O aluno possui algum Plano de Saúde?  Sim  Não  
Qual? \_\_\_\_\_
18. Caso haja necessidade de remoção do aluno e os **pais não forem localizados**, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica?  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_
- 18.1 – Qual deverá ser o meio de remoção?  Ambulância Municipal  Samu  Help Móvel  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- Obs:** A escola fica inteiramente isenta de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção ao estudante.
19. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado ?  
Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

#### NOTA:

PARA O RETORNO DOS ALUNOS ÀS SUAS RESIDÊNCIAS, RECOMENDA-SE QUE OS MESMOS ESPEREM DENTRO DA ESCOLA POR SEUS PAIS OU CONDUÇÃO ESCOLAR.

#### OBSERVAÇÕES:

QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À SECRETARIA.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL