



FICHA DE SAÚDE – 2022

Nome: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Ano/Série: _____ Turma: _____ () Ed. Infantil () Ens. Fund () Ens. Médio

Tipo de Sangue: _____ Fator "RH": _____

01. Doenças anteriores: () sarampo; () catapora; () rubéola; () caxumba; () outras - especificar: _____

02. Sofre de alguma das seguintes doenças? () diabetes; () hipertensão; () asma ou bronquite;
() epilepsia; () hemofilia; () doença do coração; () outras – especificar: _____

03. É portador (a) de necessidades especiais? () Não () Sim. De que tipo? _____

04. Toma medicamentos regularmente? () Não () Sim. Qual (is)? _____

05. Pode realizar aulas de Educação Física normalmente? () Sim () Não. Caso não, apresentar atestado médico no primeiro dia de aula de Educação Física.

06. É alérgico (a) a: () Esparadrapo; () Band Aid; () Outros – especificar: _____

07. **a)** Caso tenha dor de cabeça e/ou febre, podemos dar:

() Novalgina (Dipirona); () Alivium (Ibuprofeno); () Tylenol (Paracetamol);

() Prefere não ser medicado.

b) Caso tenha cólica menstrual, podemos dar:

() Atroveran gotas; () Buscopan gotas; Em que quantidade: _____

() Prefere não ser medicada.

08. Faz algum tipo de acompanhamento com especialista? () Não () Sim. Qual (is)? _____

09. Hospital em caso de necessidade: Nome: _____

End.: _____ Tel.: () _____

ATENÇÃO:

01. QUALQUER MUDANÇA DE TRATAMENTO DURANTE O ANO, NAS ORIENTAÇÕES ANTERIORMENTE FORNECIDAS, FAVOR COMUNICAR POR ESCRITO.

02. O ALUNO COM FEBRE, DIARREIA OU VÔMITO, NÃO PODERÁ PERMANECER NA ESCOLA.

03. TODO ALUNO COM DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA OU SUSPEITA (SARAMPO, ESCABIOSE, CATAPORA, RUBÉOLA, CAXUMBA, ESCARLATINA, CONJUTIVITE, ETC), SÓ PODERÁ RETORNAR ÀS AULAS COM ATESTADO MÉDICO.



ESCOLA SÃO TEODORO DE NOSSA SENHORA DE SION

04. O ALUNO QUE FAZ TRATAMENTO HOMEOPÁTICO OU COM MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NA ESCOLA, DEVEM TRAZER SUA MEDICAÇÃO COM BILHETE DESCRITIVO E ASSINADO PELO RESPONSÁVEL. INFORMAR A QUANTIDADE E HORÁRIO PARA MINISTRAR A MEDICAÇÃO.
05. FAVOR COMUNICAR QUALQUER MUDANÇA DOS NÚMEROS DE TELEFONE DE CONTATO.

COMUNICAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIA

01. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Telefone: Res.: () _____ Coml.: () _____ Cel.: () _____

02. Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Telefone: Res.: () _____ Coml.: () _____ Cel.: () _____

OBSERVAÇÕES:

- Em caso de acidente, na impossibilidade de localizar os responsáveis, o (a) aluno (a) será encaminhado (a) para atendimento médico, ou acionaremos o serviço de EMERGÊNCIA 192.
- **Os alunos do Ensino de Educação Infantil, devem apresentar atestado médico fornecido pelo pediatra para as aulas de Natação e com validade semestral a partir de janeiro de 2022.**

Declaro que as informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Responsável

OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE:
