

Informações de Saúde do Aluno - 2019

Aluno(a): _____

Sexo: () Feminino () Masculino Turma: _____ Turno: _____

Tipo Sanguíneo: _____ **Fator RH:** _____

➤ Em caso de acidente, o colégio está autorizado a encaminhá-lo(a) ao atendimento do seguro educacional? () Não () Sim

Obs.: _____

➤ Se em caso de emergência médica a escola não conseguir contato com os pais ou responsáveis, a quem devemos contatar:

Nome: _____ **Fone:** _____

Nome: _____ **Fone:** _____

Apresenta alguma deficiência? () Não () Sim

() Visual;

() Auditiva;

() Física;

() Visual;

() Cognitiva/Intelectual;

() Outra(s): _____

O aluno apresenta alguma dificuldade no aprendizado? () Não () Sim

Qual? _____

Apresenta alguma dificuldade de locomoção? () Não () Sim

Qual? _____

Apresenta alguma dificuldade de visão? () Não () Sim

Especificar: _____

Apresenta alguma dificuldade Auditiva? () Não () Sim

Qual? _____

Apresenta alguma dificuldade de atenção/concentração? () Não () Sim

Qual? _____

Apresenta alguma dificuldade na fala? () Não () Sim

Qual? _____

Precisa de algum tipo de acompanhamento especial durante as aulas? () Não () Sim

Especificar: _____

Tem algum problema crônico de saúde?

() Asma/Bronquite;

() Diabetes;

() Cardíaco;

() Enxaqueca;

() Convulsão;

() Outra(s): _____

Já teve doenças contagiosas? () Não () Sim

Qual? _____

Possui alergia a algum tipo de medicamento? () Não () Sim

Qual? _____

Possui alguma alergia ou intolerância? () Não () Sim

Qual? _____

Tem acompanhamento médico especializado? () Não () Sim

Qual: (pediatra/fisioterapeuta/psiquiatra)...

Nome do Médico: _____ Telefone: _____

Faz uso de algum medicamento? () Não () Sim.

Qual: _____

O medicamento é de uso contínuo? () Não () Sim




OBS: _____

OBS: Se o aluno precisar de medicamento constante ou em casos de crise, é necessário apresentar atestado médico anual referente ao medicamento e seu uso, para que o aluno possa se medicar na escola.

Possui convênio Médico: () Não () Sim. Qual? _____

Médico referência: _____ Fone: _____

Observações:

-  Toda e qualquer medicação que tiver de ser administrada ao aluno(a) no período em que estiver no Colégio será realizada somente mediante a entrega do medicamento com a respectiva receita médica.
-  Nos casos de pediculose (piolho) ou escabiose (sarna) o(a) aluno(a) será encaminhado(a) para tratamento em casa, não podendo assistir às aulas até ser liberado(a) pela equipe de saúde. Esse procedimento é necessário para que se evite uma epidemia.
-  O(a) aluno(a) afastado(a) do Colégio por qualquer doença contagiosa deverá apresentar atestado médico quando do retorno às atividades escolares.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração inversa pode implicar na sanção penal prevista no Artigo 299 da Lei 2848/40, alterada pela Lei 9.777 de 26/12/1998.

Florianópolis, _____ de _____ de 201_____.

Assinatura do Responsável Legal

As informações contidas nesta ficha são de uso exclusivo do Centro Educacional Universo para o ano de 2019.