

## Informações Médicas do Aluno - 2017

**Aluno(a):** \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

**Tipo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_ **Fator RH:** \_\_\_\_\_.

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

Obs.: \_\_\_\_\_.

Apresenta alguma deficiência? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

( ) Visual;

( ) Motora;

( ) Fônica;

( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

( ) Auditiva;

\_\_\_\_\_.

Tem algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

( ) Asma;

( ) Convulsão;

( ) Bronquite;

( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

( ) Cardíaco;

\_\_\_\_\_.

( ) Dispneia (falta de ar);

Já teve doenças contagiosas? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

( ) Sarampo;

( ) Rubéola;

( ) Catapora;

( ) Varíola;

( ) Coqueluche;

( ) Varicela;

( ) Caxumba;

( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico ou ortopédico? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

\_\_\_\_\_

Possui alguma alergia ou intolerância? ( ) Não ( ) Sim. A quê?

\_\_\_\_\_

Tem acompanhamento médico? ( ) Não ( ) Sim

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Medicação: Faz uso de medicação controlada/frequente? ( ) Não ( ) Sim.

Qual: \_\_\_\_\_

Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal