

FICHA DE SAÚDE

Parte integrante do contrato de prestação de serviços educacionais para o Ano Letivo de 2024.

DADOS DO (A) ESTUDANTE

Nome: _____ Data de nasc: ____/____/____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Matriculado (a) no(a) curso: () Educação Infantil () Ensino Fundamental I () Ensino Fundamental II
no(a) _____ Ano/Série.

Mora com: () pais () pai () mãe () Outros. Se outro responsável, especificar: _____

SAÚDE DO (A) ESTUDANTE

1) O (A) estudante possui algum problema de saúde? () Não () Sim

Qual? _____

2) Está em tratamento médico? () Não () Sim

Qual? _____

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

Qual? _____

4) Possui alguma recomendação médica? () Não () Sim

Qual? _____

5) O estudante é alérgico? () Não () Sim

A que? _____

6) Está atualmente em acompanhamento psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico? () Não () Sim

Se sim, qual? _____ APRESENTAR PARECER/LAUDO

Nome do profissional: _____ Fone/Cel: _____

7) Declaro estar ciente da necessidade de conhecimento por parte da escola de eventuais necessidades educativas especiais de que o estudante venha necessitar, a fim de que esta possa verificar se sua estrutura física, pedagógica, técnica e operacional está apta para os atendimentos destas necessidades educativas indispensáveis para o desenvolvimento do estudante. Em razão deste fato, declaro que:

() O (A) estudante identificado nesta ficha NÃO POSSUI necessidades educativas especiais.

() O (A) estudante identificado nesta ficha POSSUI necessidades educativas especiais por ser portador do seguinte déficit, síndrome ou transtorno: _____

APRESENTAR PARECER/LAUDO.

INFORMAÇÕES GERAIS

8) O (A) estudante está autorizado(a) a deixar as dependências da Escola sozinho(a)?

() Sim () Não

Em caso negativo, além dos responsáveis, outras pessoas autorizadas a retirá-lo (a) da Escola são:

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

() O (A) estudante deixará as dependências da escola através de transporte terceirizado.

OBS.: Os pais devem informar pessoalmente ou por escrito, a professora ou a Secretaria da Escola quando seus filhos necessitarem sair antes do término das aulas. Também não será autorizada a saída do estudante com pessoas diversas daquelas que foram autorizadas salvo por autorização escrita pelo responsável.

9) Em caso de emergência, quem deverá ser avisado primeiro? () Pai () Mãe

Não conseguindo a comunicação, informe outra pessoa:

Nome: _____ Parentesco: _____

Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

10) O (A) estudante possui algum impedimento permanente para a prática de Educação Física?

() Não () Sim Qual? _____

Havendo o impedimento, o atestado médico deverá ser entregue na Secretaria da Escola.

OBSERVAÇÕES:

- Esta ficha contém importantes informações e será utilizada para dirimir dúvidas a respeito das condições de saúde e cuidados específicos com o (a) estudante.
- 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 ou do responsável legal e possuem caráter sigiloso.
- Os dados coletados nesta ficha terão o devido tratamento pela Escola de acordo com as normas da LGPD.
- Esta ficha constitui documento obrigatório no processo de matrícula e rematrícula, devendo ser entregue na Secretaria, no prazo estipulado.
- O (A) estudante que necessitar tomar o remédio no horário de aula, os pais e/ou responsáveis, preferencialmente, deverão vir até a Escola para administrar a medicação.
- **A matrícula/rematrícula somente será formalizada com a entrega da documentação solicitada e o pagamento da primeira parcela da anuidade.**

Observações complementares feitas pela Escola/Responsável _____

União da Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura dos pais ou responsável legal