

## FICHA DE SAÚDE

Aluno(a):		RG
Filiação:	Fone/Celular	
	Fone/Celular	

Convênio:		Tipo Sanguíneo:	Fator RH:
Faz uso de medicamento de uso contínuo?	( ) Sim Qual:		
	( ) Não		
EM CASO POSITIVO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, PARA ORIENTAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIAS			
Vacinação em dia:	( ) Sim	( ) Não	ANEXAR A ESTA FICHA A DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO.
Cirurgias	( ) Sim	( ) Não	Qual:

ALERGIA	QUAIS:	OBSERVAÇÕES
( ) Alimentos:		
( ) Medicamentos		
( ) Outros		

NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS (NAE)	
( ) Diabetes	Observações:
( ) Doenças Celíacas	
( ) Intolerância à lactose	
( ) Outra. Qual?	
Anexar cópia de atestado ou laudo médico que comprove a NAE relatada.	

DOENÇA CRÔNICA	OBSERVAÇÕES
( ) Asma/bronquite	
( ) Conjuntivite/ Rinite Alérgica	
( ) Cardiopatia	
( ) Convulsão/ Doença Neurológica	
( ) Diabetes	
( ) Doença da Tireoide	
( ) Hemofilia/ Doenças do Sangue	
( ) Hipertensão Arterial	
( ) Obesidade	
( ) Outra (s)	

DEFICIÊNCIAS	ESPECIFIQUE
( ) Visual	
( ) Auditiva	
( ) Física	
( ) Outros	

Autorizo o Colégio/Escola, em caso de emergência, encaminhar meu (minha) filho(a) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar-me imediatamente.	
Assinatura do Pai/Responsável	
....., ..... de ..... de .....	