

Foto



## Ficha - Anamnese

### DADOS DO ALUNO

Nome completo								
Data de nascimento	____ / ____ / ____							
Endereço completo								
Cidade/UF								
Local de nascimento								
Com quem mora o aluno?	<input type="checkbox"/>	Pais	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Outro Responsável
Outro responsável? Especifique								

### FAMILIARES

Responsável

Nome	
Parentesco	
Endereço completo	
Email	
Telefone celular	
Endereço comercial	
Telefone comercial	

Responsável

Nome	
Parentesco	
Endereço completo	
Email	
Telefone celular	
Endereço comercial	
Telefone comercial	

## INFORMAÇÕES GERAIS

### Pessoas autorizadas a buscar o aluno na escola

Foto

Nome completo	
Parentesco	
RG	
Telefone celular	

Foto

Nome completo	
Parentesco	
RG	
Telefone celular	

**Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado?**

Nome		Parentesco		Celular	
Nome		Parentesco		Celular	
Nome		Parentesco		Celular	
Nome		Parentesco		Celular	

## SAÚDE DO ALUNO

1. O médico do aluno é:  Alopata  Homeopata

2. Dados do médico.

Nome			
Endereço			
Cidade/UF	CEP		
Telefone:	Celular		

3. Tipo Sanguíneo:

4. O aluno é alérgico a algum medicamento ou alimento?  Sim  Não

Se sim, quais?	
----------------	--

**5. O aluno tem doença congênita?**  Sim  Não

Se sim, qual?

**6. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas.**

- Caxumba  Sarampo  Rubéola  Catapora  
 Escarlatina  Coqueluche  Outras

Se outras, quais?

Quando?

**7. É epilético?**  Sim  Não

Está em tratamento?  Sim  Não

**8. Paralisia ou problemas motores?**  Sim  Não

**9. É hemofílico?**  Sim  Não

**10. Tem hipertensão?**  Sim  Não

**11. É asmático?**  Sim  Não

**12. Distúrbios emocionais e comportamentais?**  Sim  Não

**13. Déficit de atenção e/ou hiperatividade (ADHD)?**  Sim  Não

**14. Doenças gastrointestinais ou distúrbios alimentares?**  Sim  Não

Se sim, qual?

**15. É portador de alguma deficiência?**  Sim  Não

Se sim, qual?

**16. É diabético?**  Sim  Não

Depende de insulina?  Sim  Não

**17. Está fazendo algum tipo de tratamento?**  Sim  Não

Se sim, qual?

**18. O aluno está ingerindo medicação específica?**  Sim  Não

Se sim, qual?

**19. Outras condições clínicas que requeiram cuidados especiais?**

Especificar

**20. Há algum sintoma ou sinal a ser observado que possa indicar a eminência de determinado distúrbio clínico?  Sim  Não**

Se sim, qual?

**21. Observações ou informações adicionais que possa ser útil no cuidado com seu filho?**

Especificar

**EMERGÊNCIA**

**22. O aluno possui algum plano de saúde?  Sim  Não**

Se sim, qual?

Número da carteirinha

**23. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual hospital ou clínica?**

Hospital/Clínica		Telefone	
Endereço			

**24. Consinto que o meu filho receba tratamento médico de emergência em caso dos pais não serem encontrados?  Sim  Não**

**25. Conheço as normas e políticas adotadas nesta escola?  Sim  Não**

No caso do estudante ser removido ao hospital ou clínica acima mencionado por um representante da escola, esta se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção do estudante.

## QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO

Buscando aprimorar nossos serviços de alimentação, gostaríamos de conhecer melhor as preferencias do seu filho(a).

Pedimos então, a gentileza de preencher esse formulário e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

**1. O seu filho(a) possui alguma restrição alimentar? (religiosa, cultural ou alergias/intolerâncias)**  Sim  Não

Especifique:

**2. Seu filho(a) tem algum hábito diário de consumir frutas e verduras?**  Sim  Não

Não, mas temos interesse em introduzir.

Comentários:

**3. Quais verduras e frutas seu filho(a) mais consome?**

**4. Quais alimentos seu filho(a) tem hábito de consumir em casa durante o almoço, jantar, café da manhã e lanche da tarde?**

**5. Quais são os alimentos que o seu filho(a) mais gosta?**

## **6. Alguma outra observação que precisaríamos saber?**

Comentários:

### **OBSERVAÇÕES**

- Esta ficha deve ser preenchida pelos pais e ou responsáveis e mantido no prontuário escolar do aluno. As informações coletadas neste formulário têm o propósito de identificação do aluno e só serão usadas com essa finalidade.
- Esta ficha é a referência que a escola utiliza para dirimir dúvidas a respeito da saúde e aos cuidados específicos de cada criança. Ela contém importantes informações sobre alergias, deficiências e outras.
- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à coordenação.
- As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram, e possuem caráter sigiloso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável