

Foto

The best of
Canadian education
for a global future



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 preferências 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 _____ de ____.

Assinatura do responsável