

The best of  
Canadian education  
for a global future.



## FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DO ALUNO

<b>Turma:</b>	<b>Turno:</b>	<b>Ano Letivo:</b>
---------------	---------------	--------------------

### Informações do(a) Aluno(a):

<b>Nome do aluno:</b>	
<b>Endereço: Houve mudança de endereço?</b> ( ) Não ( ) Sim	
<b>Novo endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Telefone:</b>

### Responsáveis:

<b>Responsável Pedagógico:</b> ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro(em caso de outro responsável preencher os dados a seguir)			
<b>Nome completo:</b>			
<b>Data de Nasc.:</b>		<b>Naturalidade:</b>	
<b>Estado civil:</b>		<b>RG:</b>	<b>Órgão Exp.:</b>
<b>CPF:</b>		<b>Cel:</b>	<b>Tel. res.:</b>
<b>Tel. com.:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Endereço residencial:</b>			
<b>Bairro:</b>		<b>Cidade:</b>	
<b>CEP:</b>		<b>Complemento:</b>	

The best of  
Canadian education  
for a global future.



<b>Responsável Financeiro:</b> (    ) Pai (    ) Mãe (    ) Outro(em caso de outro responsável preencher os dados a seguir)			
<b>Nome completo:</b>			
<b>Data de Nasc.:</b>		<b>Naturalidade:</b>	
<b>Estado civil:</b>		<b>RG:</b>	<b>Órgão Exp.:</b>
<b>CPF:</b>		<b>Profissão:</b>	
<b>Onde trabalha:</b>		<b>Tel. res.:</b>	<b>Tel. com.:</b>
<b>Cel.:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Endereço residencial:</b>			
<b>Bairro:</b>		<b>Cidade:</b>	
<b>CEP:</b>		<b>Complemento:</b>	

#### **Autorização de Saída**

Para o ano de 2026, quem está autorizado a buscar o(a) aluno(a) na escola(inserir as informações solicitadas e enviar em anexo o documento com foto das pessoas):

<b>Nome completo:</b>		
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Cel:</b>	<b>Tel. res.:</b>	

<b>Nome completo:</b>		
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Cel:</b>	<b>Tel. res.:</b>	

<b>Nome completo:</b>		
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Cel:</b>	<b>Tel. res.:</b>	

The best of  
Canadian education  
for a global future.



<b>Nome completo:</b>		
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Cel:</b>	<b>Tel. res.:</b>	

**Saúde do(a) Aluno(a)**

<b>Tipo sanguíneo:</b>
------------------------

<b>O aluno é alérgico a algum medicamento ou alimento? ( ) Não ( ) Sim</b>
<b>Se sim, qual?</b>

<b>O aluno tem doença congênita? ( ) Não ( ) Sim</b>
<b>Se sim, qual?</b>

<b>Durante o último ano a criança teve alguma das doenças abaixo? Assinale se houver.</b>
( ) Caxumba
( ) Sarampo
( ) Rubéola
( ) Catapora
( ) Escarlatina
( ) Coqueluche
( ) Outras. Qual?
<b>Se sim, quando?</b>

<b>É epilético? ( ) Não ( ) Sim</b>
<b>Se sim, está em tratamento? ( ) Não ( ) Sim</b>

<b>Possui paralisia ou problemas motores? ( ) Não ( ) Sim</b>
---

The best of  
Canadian education  
for a global future.



É hemofílico? ( ) Não ( ) Sim

Tem hipertensão? ( ) Não ( ) Sim

É asmático? ( ) Não ( ) Sim

Distúrbios emocionais e comportamentais? ( ) Não ( ) Sim

Déficit de atenção e/ou hiperatividade? ( ) Não ( ) Sim

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade(TDAH)? ( ) Não ( ) Sim

Transtorno do Espectro Autista(TEA)? ( ) Não ( ) Sim

Doenças gastrointestinais ou distúrbios alimentares? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

É portador de necessidade especial? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

É diabético? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, depende de insulina? ( ) Não ( ) Sim

Está fazendo algum tratamento? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

O aluno está ingerindo medicação específica? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

Outras condições clínicas que demandem cuidados especiais? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

The best of  
Canadian education  
for a global future.



Há algum sinal ou sintoma a ser observado que possa indicar a iminência de determinado distúrbio clínico? ( ) Não ( ) Sim

Observações ou informações adicionais que possam ser úteis no cuidado do aluno?

**Em caso de emergência**

O aluno possui algum plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

Número da carteirinha:

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

Nome:

Tel.:

Endereço:

Em caso de emergência, quem deve ser informado? ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro(em caso de outro responsável preencher os dados a seguir)

Nome completo:

Cel.:

Tel. res.:

Parentesco:

Consinto que meu filho receba tratamento médico de emergência em caso dos responsáveis não serem encontrados? ( ) Não ( ) Sim

Conheço as normas e políticas adotadas nesta escola? ( ) Não ( ) Sim

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

The best of  
Canadian education  
for a global future.



### Observações

- Esta ficha deve ser preenchida pelos pais ou responsáveis e mantida no prontuário escolar do aluno. As informações coletadas neste formulário tem 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 cuidados específicos de cada criança. Ela contém informações importantes sobre alergias, necessidades especiais e outras.
- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à escola.
- 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