

The best of  
Canadian education  
for a global future.



### FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DO ALUNO

Turma:	Turno:	Ano Letivo:
--------	--------	-------------

#### Informações do(a) Aluno(a):

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

#### Responsáveis:

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

The best of  
Canadian education  
for a global future.



**Responsável Financeiro:** ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro(em caso de outro responsável preencher os dados a seguir)

**Nome completo:**

<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.



**Nome completo:**

**RG:**

**CPF:**

**Parentesco:**

**Cel:**

**Tel. res.:**

**Saúde do(a) Aluno(a)**

**Tipo sanguíneo:**

**O aluno é alérgico a algum medicamento ou alimento? ( ) Não ( ) Sim**

**Se sim, qual?**

**O aluno tem doença congênita? ( ) Não ( ) Sim**

**Se sim, qual?**

**Durante o último ano a criança teve alguma das doenças abaixo? Assinale se houver.**

( ) Caxumba

( ) Sarampo

( ) Rubéola

( ) Catapora

( ) Escarlatina

( ) Coqueluche

( ) Outras. Qual?

**Se sim, quando?**

**É epilético? ( ) Não ( ) Sim**

**Se sim, está em tratamento? ( ) Não ( ) Sim**

**Possui paralisia ou problemas motores? ( ) Não ( ) Sim**

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