

1 • DADOS DO ESTUDANTE

Nome do aluno

Data de nascimento

Turma

Prontuário

Tem irmão na escola? Sim Não

Nome: Turma:

Nome: Turma:

Nome do pai do(a) estudante

Telefone 1

Telefone 2

Nome da mãe do(a) estudante

Telefone 1

Telefone 2

Em caso de necessidade de contato, indique por ordem de prioridade quem deve ser contatado:

1º Pai: Mãe: Outro: Nome completo

Grau de Parentesco Fone Residencial Fone Comercial Celular

2º Pai: Mãe: Outro: Nome completo

Grau de Parentesco Fone Residencial Fone Comercial Celular

3º Pai: Mãe: Outro: Nome completo

Grau de Parentesco Fone Residencial Fone Comercial Celular

Antecedentes pessoais

Tipo de parto Peso do nascimento Estatura

Apresentou problemas de saúde quando recém nascido (a)? Sim. Qual? Não

Já teve alguma internação ou intervenção cirúrgica? Sim Não

Qual/Quais?

Vacinas já aplicadas: Tríplíce Sabin Dupla Sarampo BCG Meningite H1N1 Rotavírus

MMR (Caxumba / Sarampo / Rubéola) Outra. Qual?

Tem pediatra ou médico próprio? Sim. Indique Não

Nome

Endereço (rua/avenida) N°/compl. Bairro UF

CEP DDD - Telefone 1 DDD - Telefone 2 DDD - Celular

Tem convênio com alguma instituição médica? Sim. Qual? Não

Endereço da Instituição Fone

Número do convênio

Referências de Saúde

Tem atualmente algum problema específico de saúde? Sim. Qual? _____ Não

Que medicação ou tratamento é aplicado? _____

A criança tem doença congênita? Sim Não Qual? _____

É epilético? Sim Não Em caso afirmativo, está em tratamento? Sim Não

É diabético? Sim Não Se afirmativo é dependente de insulina? Sim Não

Tem hipertensão? Sim Não | É deficiente visual? Sim Não | É deficiente físico? Sim Não

É hemofílico? Sim Não | É deficiente auditivo? Sim Não | Faz tratamento Homeopático? Sim Não

Assinale a qual/quais medicamentos comuns o(a) estudante é alérgico:

- Mercúrio Esparadrapo Merthiolate AAS Novalgina Sal-de-fruta
 Água Oxigenada Band-Aid Iodo Melhoral Corante Outro(s) _____
 Não é alérgico a nenhum medicamento acima indicado

Em caso afirmativo explicar detalhadamente o que ocorre:

Tem restrições alimentares Não Sim. Quais? _____

Em caso de problema de saúde na Escola, pode ser atendido (a) no Ambulatório Médico da Escola? Sim Não

Em caso de necessidade de ministrar medicamentos: Avisar antes Não avisar Avisar após Não ministrar

Em caso de procedimento com pequena sutura de ferimentos, retirada de corpo estranho, etc:

Avisar antes Não avisar Avisar após Não ministrar

Em caso de emergência, realizar os cuidados iniciais na escola? Sim Não

Em caso de emergência, não localizando os pais, o Colégio e o Serviço Médico estão autorizados a procurar diretamente Hospital de seu convênio ou outro hospital? Sim Não

Qual? (Quais) _____

Endereço _____ Número _____

Complemento _____ Bairro _____ DDD - Telefone _____

Em caso negativo a quem recorrer?

Nome completo

Fone Residencial

Fone Comercial

Celular

Doenças na família

Mencione no espaço abaixo doenças contraídas por: Irmão, Pais, Avós...

O (a) estudante vem à escola: a pé e sozinho de ônibus e sozinho alguém vem trazê-lo de carro com alguém da família

de carro com outro acompanhamento não familiar com transporte escolar. Qual? _____

Telefone (Responsável pelo transporte): _____

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do responsável