



Escola São Paulo - Ficha saúde

Nome do Aluno: _____
Classe: _____ () Ed. Infantil () E.F.I e II () E. Médio
Data de Nascimento: ____/____/____
Tipo sanguíneo: _____

Nome do pai: _____ Tel: _____
Nome da mãe: _____ Tel: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Tel (fixo): _____

Favor assinalar: S para Sim e N para Não e anular espaços não utilizados.
Não deixar nenhum espaço em branco. Todos os campos são de preenchimento **obrigatório**

Alergias

Medicamento	<input type="checkbox"/>	Quais	_____
Alimento	<input type="checkbox"/>	Quais	_____
Produtos de limpeza	<input type="checkbox"/>	Quais	_____
Picadas de insetos	<input type="checkbox"/>	Quais	_____
Outros	<input type="checkbox"/>	Quais	_____

Deficiências

Física	<input type="checkbox"/>	Fala	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>		

Doença congênita Qual: _____

Epilético sim não

Tem convulsões? sim não

Doenças Crônicas

Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Bronquite	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	Dependente de insulina	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual:	_____

Doenças contagiosas já contraídas

Catapora	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>
Caxumba	<input type="checkbox"/>	Sarampo	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual:	_____

É sujeito a algum sangramento anormal? _____



Escola São Paulo - Ficha saúde

Uso de medicamento

Faz uso diário/sistemático de algum medicamento? Qual? _____

Em caso afirmativo, explique por que: _____

A escola foi informada?

sim

não

A família apresentou o laudo ou declaração do médico?

sim

não

Médico do aluno

Nome: _____

Tel: _____

Especialidade: _____

Em caso de emergência, não localizando os pais, contatar:

Nome: _____ Tel: _____

Grau de parentesco: _____

Nome: _____ Tel: _____

Grau de parentesco: _____

Autorizo encaminhar o(a) aluno(a) ao: _____

Em caso de emergência, indique como medicar o(a) aluno(a):

Febre Medicamento: _____ Dosagem: _____

Dor de cabeça Medicamento: _____ Dosagem: _____

Cólica Menstrual Medicamento: _____ Dosagem: _____

Enjôo Medicamento: _____ Dosagem: _____

Dor de garganta Medicamento: _____ Dosagem: _____

Importante: Em caso de mudança na dosagem de qualquer medicamento que conste desta ficha, avisar imediatamente a escola.

Observações: escrever informações que julgar necessárias _____

Data: ____/____/____

Assinatura