

### FICHA DO ALUNO

Esta ficha contém importantes informações sobre a saúde de seu filho que precisam ser conhecidas pela Amazing School. Por favor, preencha de forma legível e mais completa possível. Enviar xerox da carteira do convênio médico e carteira de vacinação (alunos novos).

Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Com quem mora o aluno? ( ) mãe/pai ( ) pai ( ) mãe

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesariana ( ) outros

Ocorreu algum problema na gravidez ou parto? ( ) sim ( ) não

Descreva o problema: \_\_\_\_\_

Alguma vez ficou internado? ( ) sim ( ) não

Descreva o motivo: \_\_\_\_\_

O aluno é alérgico? ( ) sim ( ) não

Se sim, a que é alérgico? \_\_\_\_\_

O aluno possui alguma restrição alimentar? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual é a restrição? \_\_\_\_\_

O médico do aluno é: ( ) Alopata ( ) Homeopata

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Tel. para contato (inclusive celular): \_\_\_\_\_

Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

( ) caxumba ( ) sarampo ( ) rubéola ( ) roséola  
( ) catapora ( ) escarlatina ( ) coqueluche ( ) outras

O aluno apresenta alguma dificuldade motora/ visual/ auditiva/mental?

( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

Assinale se apresenta alguma das seguintes patologias:

( ) Asma/ Bronquite ( ) Convulsão/ Desmaios/ Epilepsia  
( ) Hipertensão ( ) Hemofilia  
( ) Cardiopatia ( ) Sinusite  
( ) Gripes frequentes ( ) Refluxo gastresofágico  
( ) É diabético- em caso afirmativo, é dependente de insulina: ( ) sim ( ) não

Faz algum tipo de tratamento médico regular? ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

O aluno possui algum plano de saúde? ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

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

Cite o medicamento que possa ser dado, enquanto a escola aguarda o contato com os pais. Em caso de:

Febre: \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

Dor de cabeça: \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

Enjoo/Ânsia de vômito: \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

Machucado: \_\_\_\_\_

Picada de inseto: \_\_\_\_\_

Existe alguma informação relevante quanto às condições de saúde do aluno que a escola deva conhecer? Se afirmativo, descreva:  
\_\_\_\_\_

Pessoas autorizadas a retirar o aluno da Amazing School:

Nome/ Parentesco

Número do RG

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos ficha deverão imediatamente comunicados à secretaria e/ou coordenação.

As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais ou responsáveis que as prestaram.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável