

FICHA DE SAÚDE

Aluno(a):

Nome social, se for o caso:.....

Data de Nascimento:/...../..... Tipo Sanguíneo:.....

Outros contatos na ausência do Responsável Legal:

1. Fone(s):

2. Fone(s):

INFORMAÇÕES:

Seguro/Plano de Saúde:Médico(a):.....

Fone(s):

1 - Alergias? () Sim () Não , se sim descreva:

2 - Intolerância a alimentos? () Sim () Não

3 - Patologias pré-existent? () Sim () Não

4 - Faz uso de medicação? () Sim () Não

5 - O aluno é portador de necessidades especiais? () Sim () Não

6 - Fraturas? () Sim () Não , se sim descreva:

7 - Cirurgias? () Sim () Não , se sim descreva:

8- Restrição para atividades físicas? () Sim () Não, se sim, encaminhar laudo médico dispensando o estudante da prática destas atividades.

9- Na hipótese de situação de emergência em que o responsável não seja encontrado, o colégio está:

() Autorizado a remover o aluno (a) para unidade de Pronto Atendimento.

() Autorizado a dar encaminhamento aos procedimentos médicos emergências na unidade da Pronto Atendimento.

Hospital ou unidade recomendada pelos responsáveis:

LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO:

- O(A) aluno(a) que estiver em tratamento de saúde e precisar tomar remédio(s) durante o período de aulas deverá encaminhar, por meio dos eu responsável legal, à Secretaria do Colégio, a medicação com a autorização assinada pelo responsável legal e a cópia do receituário médico.
- O Colégio não possui medicamentos e não prescreve.
- Em caso de mal-estar, os responsáveis serão comunicados para que compareçam ao Colégio e adotem as providências necessárias.
- Em caso de acidente, os responsáveis serão comunicados para as devidas providências.
- O(A) aluno(a) poderá ausentar-se do Colégio acompanhado(a) dos responsáveis ou autorização do mesmo.
- Para os casos de doenças infecto contagiosas, os responsáveis deverão comunicar por meio do atestado médico o motivo do afastamento e, para retorno deverão apresentar o atestado médico com a liberação.

O(A) RESPONSÁVEL LEGAL DEVERÁ MANTER AS INFORMAÇÕES DE CONTATO (FONES) E SAÚDE ATUALIZADOS.

O(A) RESPONSÁVEL LEGAL concorda com os termos da Ficha de Saúde, repassou os dados necessários para o seu preenchimento e concorda com o tratamento dos dados pessoais aqui informados para finalidade específica contratual e/ou legal, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), ciente de que a qualquer momento poderá solicitar formalmente a revogação da autorização para tratamento de dados.

Responsáveis/nome:.....

Data:...../...../.....

Assinatura: _____

