St. John's INTERNATIONAL SCHOOL

St. John's LITTLE JOHN INTERNATIONAL SCHOOL

FICHA MÉDICA

DADOS DO(A) ALUNO(A)
Nome do(a) Aluno(a):
Data de nascimento: _____ / _____ / _____
Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
Matriculado no(a) Curso: ( ) Educação Infantil - INFANT _____ ( ) Ensino Fundamental - YEAR _____
Mora com: ( ) pais. ( ) pai. ( ) mãe. ( ) Outros Se outro responsável, especificar: _____.
SAÚDE DO(A) ALUNO(A)
1. O médico do(a) aluno(a) é: ( ) alopata. ( ) homeopata.
2. Nome do(a) Médico(a): _____ Endereço: _____ Tel. – Consultório: ( ) _____ Celular: ( ) _____
3. O(A) aluno(a) é portador(a) de necessidade especial? ( ) Sim. ( ) Não. Qual? _____
4. O(A) aluno(a) é alérgico(a) a algum tipo de medicamento? ( ) Sim. ( ) Não. Quais? _____

5. O(A) aluno(a) é alérgico(a) a algum tipo de alimento ( ) Sim. ( ) Não.

Quais? _____

6. O(A) aluno(a) tem alguma doença congênita? ( ) Sim. ( ) Não.

Qual? _____

7. Quais as doenças contagiosas já contraídas na infância?

( ) Caxumba. ( ) Sarampo. ( ) Rubéola. ( ) Catapora. ( ) Escarlatina. ( ) Coqueluche. ( ) Outras:

_____

8. O(A) aluno(a) é epilético(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Está em tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

9. O(A) aluno(a) é hemofílico(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Está em tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

10. O(A) aluno(a) é hipertenso(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Está em tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

11. O(A) aluno(a) é asmático(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Está em tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

12. O(A) aluno(a) é diabético(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Depende de insulina? ( ) Sim. ( ) Não.

13. O(A) aluno(a) é cardíaco(a)? ( ) Sim. ( ) Não.

Está em tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

14. Está fazendo algum outro tipo de tratamento? ( ) Sim. ( ) Não.

Qual? _____

15. Em caso de dores ou febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis, qual medicamento e dosagem que poderá ser utilizado?

_____

16. O(A) aluno(a) está ingerindo medicação específica? ( ) Sim. ( ) Não.

Qual? _____

17. O aluno possui necessidade Educacional especial? ( ) Sim. ( ) Não.
Possui cuidados? ( ) Sim. ( ) Não. Mobilidade reduzida? ( ) Sim. ( ) Não.
Profissional de saúde? ( ) Sim. ( ) Não.

INFORMAÇÕES GERAIS
18. O(A) aluno(a) vem para a escola de que forma? ( ) A pé. ( ) Veículo da família. ( ) De transporte escolar.
19. Quais são as pessoas responsáveis por retirar o(a) aluno(a) da escola? Nome: _____ RG.: _____ Nome: _____ RG.: _____ Nome: _____ RG.: _____ Nome: _____ RG.: _____
20. O(A) aluno(a) possui algum impedimento permanente para a prática de Educação Física? ( ) Sim. ( ) Não. Qual? _____
EMERGÊNCIA
21. O(A) aluno(a) possui algum plano de saúde? ( ) Sim. ( ) Não. Qual? _____ N.º da carteirinha: _____ Categoria: _____ *anexar xerox da carteirinha do convênio
22. De acordo com o protocolo da escola, autorizo a remoção do meu filho(a) para o hospital descrito abaixo: Nome: _____ End.: _____ Tel.: ( ) _____

22. Em caso de emergência, quem deverá ser avisado primeiro? ( ) Pai. ( ) Mãe.

Não conseguindo a comunicação, informe uma outra pessoa:

Nome: _____Parentesco: _____

Tel. – Res.: ( ) _____ Com.: ( ) _____ Cel.: ( ) _____

OBSERVAÇÕES

- Havendo o impedimento para a prática de Educação Física, o atestado médico deverá ser entregue na Secretariada Escola.
- Esta ficha contém importantes informações e será utilizada para dirimir dúvidas a respeito das condições de saúde e cuidados específicos com o/a aluno/a.
- 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 ou responsável e são de caráter sigiloso.
- Esta ficha constitui documento obrigatório no processo de matrícula e rematrícula, devendo ser entregue na Secretaria, no prazo estipulado.
- Garantindo um ambiente de aprendizagem seguro e protegido, a St. John's possui um seguro de acidentes pessoais coletivo coberto pela Porto Seguro que cobre acidentes, emergências e ocorrências dentro do ambiente escolar, disponibilizando o atendimento em prontos socorros e remoção se necessário. Os alunos possuem uma carteirinha individual que deverá permanecer na mochila.
  Para mais informações sobre o serviço descrito, procure a Secretaria da Escola.

Cotia, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura dos pais ou do responsável legal:

_____ _____

Nome: Nome: