



FICHA DE SAÚDE 2017

Aluno (a):

() Educação Infantil () Ens. Fundamental I () Ens. Fundamental II () Ens. Médio

Período () Manhã () Tarde

Grupo Sanguíneo: Fator RH:

A criança possui doença congênita? () Sim () Não Qual?

O (a) aluno (a) esta fazendo algum tratamento? () Sim () Não Qual?

Faz uso contínuo de medicamentos? () Sim () Não Qual?

Possui alguma limitação física? () Sim () Não Qual?

Possui Plano de Saúde? () Sim () Não

Em caso de emergência, o (a) aluno (a) poderá ser encaminhado ao Pronto Atendimento?

() Sim () Não

Caso ocorra um incidente com o (a) aluno (a) nesta Unidade Escolar, entraremos em contato com os responsáveis, mas em caso de ausência quem poderemos contactar?

1- _____

2- _____

Outras informações necessárias

Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas, responsabilizando-me pelas despesas que houver pelo atendimento e outras que decorram, conforme previsto no contrato de Prestação de Serviços Educacionais. No caso de mudança cancelamento do Plano de Saúde ou qualquer alteração das informações aqui prestadas responsabilizo-me em comunicar imediatamente a Direção do Colégio. Declaro ainda estar ciente de que a não comunicação em despesas, que serão assumidas por mi, pela família ou por outro responsável pelo (a) aluno (a).

São José dos Campos, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Responsável

