

Ficha de Saúde do(a) Estudante

NOME DO(A) ESTUDANTE: _____ ANO/SÉRIE: _____

Neste documento devem constar todas as informações importantes para a saúde do(a) estudante no ambiente escolar e que deem condições de manutenção de seu bem-estar no caso de um acidente, enfermidade ou doença crônica. Desde já agradecemos sua atenção e colaboração no preenchimento correto da Ficha de Saúde. Depois de preenchida, ela deve ser entregue junto aos demais documentos de matrícula.

Alergias

O(A) ESTUDANTE POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? DESCREVA-A.

Remédios

O(A) ESTUDANTE FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?

OBS.: POR DETERMINAÇÃO LEGAL, A ENFERMARIA DO COLÉGIO É PROIBIDA DE DISPONIBILIZAR MEDICAMENTOS. CASO O(A) ESTUDANTE NECESSITE FAZER USO DE REMÉDIO(S) DURANTE O HORÁRIO ESCOLAR, OS PAIS E/OU RESPONSÁVEL DEVEM ENVIAR O MEDICAMENTO, JUNTAMENTE DA RECEITA MÉDICA.

Médicos:

Médico (Clínico ou Pediatra) responsável: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Socorro Hospitalar:

CASO TENHA CONVÊNIO MÉDICO OU SEGURO-SAÚDE, SOLICITAMOS ANOTAR:

Instituição: _____ Nº. /Série da carteira: _____

Hospital de sua preferência: _____

Tratamento

DOENÇA CRÔNICA ATUAL e MEDICAMENTO-DOSE / DOENÇAS ANTERIORES / FRATURAS / INTERNAMENTOS / CIRURGIAS

ANOTE O QUE JULGAR IMPORTANTE OU O QUE DEVEMOS TER CIÊNCIA COM RELAÇÃO À SAÚDE DO(A) ESTUDANTE:

Outros

NA AUSÊNCIA DOS PAIS O COLÉGIO DEVE FAZER CONTATO COM:

Nome/Telefone: _____ Nome/Telefone: _____

Nome/Telefone: _____ Nome/Telefone: _____

☐ Tenho ciência de que os dados pessoais e sensíveis aqui informados serão utilizados exclusivamente para a tutela da saúde do(a) estudante, respeitados os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados e a Política de Privacidade disponível no site do Colégio Medianeira. Em caso de dúvida entre em contato através do nosso canal de comunicação: privacidade@colegiomedianeira.g12.br.

Curitiba, ____ de _____ de 20__.

Assinatura dos Pais ou Responsáveis.