



MAPLE BEAR PORTO VELHO
Monna Holanda Serviços de Educação Ltda - CNPJ 15.896.152/0001-91
Reconhecimento da Educação Infantil: Parecer n°. 13/CPNA/CME-09 e Resolução n° 14/CME-028/12/2009
Reconhecimento do Ensino Fundamental e Autorização de Funcionamento do Ensino Médio:
Resolução CEE/RO/CEB n° 605/19, de 17/10/19.

HISTÓRICO MÉDICO

DADOS DO ALUNO

Nome:

Turma:

E-mail:

Cidade/UF:

CEP:

Nascimento:

Local de Nascimento:

Quem mora com o Aluno?:

☐

Pais

☐

Pai

☐

Mãe

☐

Outros

Outro Responsável?
Especifique:

FAMILIAR

Nome da Mãe:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Nome da Pai:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Nome do Responsável:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Grau de Parentesco:

SAÚDE DO ALUNO

1. O médico do aluno é?: ☐ Alopata ☐ Homeopata

2. Dados do Médico

Nome:

Cidade/UF:

E-mail:

CEP:

Telefone:

Celular:

3. O Aluno é alérgico a algum alimento ou medicamento?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?:

4. Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, qual medicamento não poderá ser utilizado?

Medicamento:

5. O aluno tem doença congênita?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?:

6. Quais as doenças contagiosas da infância já contraidas?

☐

Caxumba

☐

Sarampo

☐

Rubéola

☐

Catapora

☐

Escarlatina

☐

Coqueluche

☐

Outros

Se outras, quais?

Quando?:

7. É epilético? Se sim, está em tratamento? ☐ Sim ☐ Não 8. É hemofílico?: ☐ Sim ☐ Não 9. Tem hipertensão?: ☐ Sim ☐ Não

10. É asmático?: ☐ Sim ☐ Não 11. Tem refluxo?: ☐ Sim ☐ Não

12. Tem alguma Necessidade Especial?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

13. É diabético?: ☐ Sim ☐ Não Depende de Insulina?: ☐ Sim ☐ Não

14. Está fazendo algum tipo de tratamento?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

15. O aluno está ingerindo medicação específica?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

INFORMAÇÕES GERAIS

16. O aluno vem pra escola de que forma?: ☐ Alguém sempre vem trazê-lo. ☐ Transporte escolar.

17. As únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são:

Nome:	RG:	Parentesco:
Nome:	RG:	Parentesco:
Nome:	RG:	Parentesco:
Nome:	RG:	Parentesco:
Nome:	RG:	Parentesco:

EMERGÊNCIA

18. O aluno possui algum plano de saúde?: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

Número da carteirinha:

19. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual hospital ou clínica?: ☐ Sim ☐ Não

Hospital/ Clínica:	Telefone:
Endereço:	

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

Nome:	Parentesco:	Celular:
Nome:	Parentesco:	Celular:
Nome:	Parentesco:	Celular:
Nome:	Parentesco:	Celular:

OBSERVAÇÕES

- Esta ficha é a referencia que a escola utiliza para dirimir dúvidas a respeito da saúde e aos cuidados especificos de cada criança. Ela contém importantes informações sobre alergias, necessidades especiais e outras.
- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à coordenação.
- As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram, e possuem caráter sigiloso.

Assinatura do Responsável - Data:

PRORROGAÇÃO DE INFORMAÇÕES RELACIONADAS A HISTÓRICO MÉDICO		
ANO:	TURMA:	ASSINATURA PARA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO