



MAPLE BEAR JI PARANÁ

Holanda e Cia LtdaCNPJ 46.652.021/0001-92
Autorização da Educação Infantil e Ensino Fundamental I:
Parecer CEB/CEE/RO nº 021/23 e Resolução CEB/CEE/RO nº 855/23 de 17 de abril de 2023

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