SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

# FICHA DE SAÚDE

## DADOS DA(O) ALUNA(O)

| CGM | Nome Completo da(o) Aluna(o) |
|---|---|

## FILIAÇÃO

| | |
|---|---|
| Filiação (1) | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |
| Filiação (2) | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |
| Filiação (3) | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |
| Filiação (4) | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |
| Responsável Legal | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |
| Na ausência dos responsáveis entrar em contato com | Contato/Fone/Celular/WhatsApp |

## HISTÓRICO DE SAÚDE

| Convênio | Tipo Sanguíneo | Fator RH |
|---|---|---|

Faz uso de medicamento de uso contínuo? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? _____

**EM CASO POSITIVO, ANEXAR UMA CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, PARA ORIENTAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIAS A ESCOLA PODE MEDICAR DESDE QUE TENHA RECEITA VÁLIDA COM A DOSAGEM E OS HORÁRIOS ESPECÍFICOS**

Vacinação em dia? ( ) Sim ( ) Não **ANEXAR A ESTA FICHA A DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO**

Cirurgias? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)?

Alergias? ( ) Não ( ) Sim Tipo: ( ) Alimentos. Quais? _____

( ) Medicamentos. Quais? _____

( ) Outros. Quais? _____

Observações:

Doença Crônica?

( ) Asma/bronquite
( ) Conjuntivite/ Rinite Alergica
( ) Cardiopatia
( ) Convulsão/ Doença Neurológica
( ) Diabetes
( ) Doença da Tireóide
( ) Hemofilia/ Doenças do Sangue
( ) Hipertensão Arterial
( ) Obesidade
( ) Outra(s)

Observações

Deficiências

( ) Visual Especifique _____

( ) Auditiva Especifique _____

( ) Física Especifique _____

( ) Outra(s) Especifique

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO PARA ATIVIDADES FÍSICAS ( ) SIM ( ) NÃO

**EM CASO POSITIVO, ENCAMINHE PARA A SECRETARIA O DOCUMENTO QUE AMPARA LEGALMENTE O IMPEDIMENTO OU QUE ORIENTE SOBRE AS RESTRIÇÕES.**

## AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ responsável legal pela(o) aluna(o) acima citada(o), autorizo o Colégio Estadual Paulo Leminski, em caso de emergência, encaminhar minha (meu) filha(o) ao Pronto Socorro mais próximo, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta ficha e comunicar- me imediatamente.

Local, data Curitiba ,_____/_____/_____

_____

R.G e Assinatura do Responsável Legal