

SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO – COLÉGIO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

CNPJ: 17.366.932/0009-02 - Inscrição Estadual: Isenta

Avenida Nelson Spielmann, Nº 746 - CEP 17509-001- Marília/SP.

FORMULÁRIO DE ENFERMAGEM - ANO 2023

É vedado ao COLÉGIO ministrar qualquer tipo de medicação aos alunos, salvo em casos excepcionais, com a devida prescrição médica

DADOS DO ALUNO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Ano/Série: _____ Turma: _____

Período: () Manhã () Tarde Fone: _____ Celular: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

DADOS DA MÃE

Nome: _____

Fone: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Empresa: _____

E-mail: _____

DADOS DO PAI

Nome: _____

Fone: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Empresa: _____

E-mail: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (CASO NÃO SEJA PAI/MÃE)

Nome: _____

Fone: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Empresa: _____

E-mail: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO (A) ALUNO(A), QUEM DEVERÁ SER AVISADO ?

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Tem algum Plano de Saúde? () Sim () Não

Qual? _____

EM CASO DE NECESSIDADE, O ALUNO DEVERÁ SER ENCAMINHADO PARA QUAL HOSPITAL E/OU CLÍNICA?

Nome do Hospital / Clínica: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

DADOS DE SAÚDE DO ALUNO

Peso: _____ **Altura:** _____ **Tipo Sanguíneo:** _____

Possui algum destes problemas de saúde?

() Diabetes () Convulsão () Bronquite () Rinite () Enxaqueca () Sinusite () Coração () Hipertensão
() Alergia alimentar, qual? _____

Se outros, especificar: _____

Faz uso de medicações? () Sim () Não

Quais? _____

Já teve alguma dessas doenças:

() Catapora () Sarampo () Caxumba () Rubéola () Outros

Quais? _____

É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Está ingerindo medicação específica? () Sim () Não

Quais? _____

Vacinação: () Completa para a idade () Incompleta para a idade

Especifique: _____

Foi vacinado para gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2022? () Sim () Não

Já testou positivo para a Covid-19? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a data da realização do teste? _____

Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? () Sim () Não

Autoriza informar dados vacinais aos órgãos públicos, se solicitados? () Sim () Não

Faz uso de homeopatia ou alopatia? () Homeopatia () Alopátia

É epilético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, está em tratamento? () Sim () Não

É hemofílico? () Sim () Não

É deficiente visual? () Sim () Não

É deficiente físico? () Sim () Não

É diabético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? () Sim () Não

É asmático? () Sim () Não

Está fazendo algum tipo de tratamento médico? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Seu(sua) filho(a) já sofreu alguma fratura? () Sim () Não



Se sim, onde: _____

Seu(sua) filho(a) vem para o Colégio de que forma?

() A pé, sozinho () Alguém sempre vem trazê-lo () De ônibus e sozinho () Com transporte escolar

OUTRAS INFORMAÇÕES

O(A) aluno(a) apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas? () Sim () Não

Especifique: _____

Em caso afirmativo, o aluno deverá trazer um **atestado médico**.

Em caso de febre alta, **não sendo localizados os pais e/ou responsáveis** pelo(a) aluno(a), qual **ANTITÉRMICO e/ou ANALGÉSICO**, deverá ser ministrado? **(Os responsáveis deverão deixar no Colégio o receituário médico atestando que o aluno poderá fazer uso do medicamento prescrito em caso de febre alta. Caso o Colégio não possua esse receituário no prontuário, NÃO SERÁ MINISTRADO o medicamento.)**

OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES: _____

IMPORTANTE: QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS AO COLÉGIO. AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM.

Marília/SP _____ de _____ de _____.

ASSINATURA E RG DO RESPONSÁVEL