



## INFORMAÇÃO MÉDICA DO ESTUDANTE

TIPO SANGUÍNEO	
-------------------	--

Foto
------

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Primeiro Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:  d d / m m / y y y y  Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: Masculino  Feminino

Informação do médico de família: (se disponível)

Nome Completo	Números de telefone	Endereço

Informação dos Pais:

	Pai / Guardião	Mãe
Nome Completo		
Números de telefone		
Número de Trabalho		
Endereço de Trabalho		

Contatos para ligar em caso de emergência quando os pais não podem ser alcançados:

Nome Completo	Números de telefone	Relação	Endereço

Informações gerais de saúde:

- Any learning or behavioral issues?

Dislexia       ADD/ADHD       Necessidades Comportamentais       Dificuldade de Aprender       outro

- Quaisquer preocupações sobre a saúde geral?  
Se sim especificar: \_\_\_\_\_

Sim       Não

- Qualquer medicamento de prescrição (diariamente ou ocasionalmente)?  
Se sim especificar: \_\_\_\_\_

Sim       Não

- Qualquer problema com visão, audição ou fala (óculos, contatos, tubos auditivos, aparelhos auditivos)?  
Se sim especificar: \_\_\_\_\_

Sim       Não

- Qualquer hospitalização, operação ou doença grave?  
Se sim especificar: \_\_\_\_\_

Sim       Não

- Alguma alergia (comida, insetos, medicamentos)?  
Se sim especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Sim       Não  
\_\_\_\_\_

**Confirmo e assumo a responsabilidade pelas informações fornecidas neste formulário que são verdadeiras, completas e precisas, e entendo que a escola se reserva o direito de dispensar o aluno sem qualquer reembolso caso as informações sejam comprovadamente imprecisas.**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Relação com o aluno: \_\_\_\_\_