



INFORMAÇÃO MÉDICA DO ESTUDANTE

FOR OFFICE USE ONLY

Date	
File №	

Foto

**TIPO
SANGUÍNEO**

Sobrenome: _____

Primeiro Nome: _____

Data de Nascimento: dd / mm / yyyy Idade: _____ Gênero: Masculino Feminino

Informação do médico de família:

Nome Completo	Números de telefone	Endereço

Informação dos Pais:

Pai / Guardião

Mãe

	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:

- quaisquer problemas na aprendizagem ou comportamento?

Dislexia ADD/ADHD Necessidades Comportamentais Aprendendo dificuldades Outro

Especificar _____

- 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

Eu confirmo e assumo a responsabilidade da informação dada neste formulário que eles são verdadeiros, completos e precisos.

Nome Completo: _____ Data: _____ Assinatura: _____
Relação com o aluno: _____