

FICHA DE SAÚDE**DADOS DA(O) ESTUDANTE**

CGM	Nome Completo da(o) Estudante
-----	-------------------------------

FILIAÇÃO

Filiação (1) (nome do Mãe)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (2) (nome do Pai)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (3) (nome do Mãe)	Contato/Fone/Celular/WhatsApp
Filiação (4) (nome do Pai)	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 CÓPIA DA COMPROVANTE DE VACINAÇÃO**

Cirurgias? () Não () Sim Qual(is)? _____

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

Observações:

Doença Crônica?

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

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) estudante acima citada(o), autorizo o **5º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR DE FOZ DO IGUAÇU**, 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.

_____, de _____ de 20_____
 Local Data R.G e Assinatura do Responsável Legal