

Prezada Família!

Pedimos que as informações abaixo sejam preenchidas e entregues juntamente com o Termo de Adesão ao Contrato de Rematrícula. É importante que o formulário seja respondido de forma completa e assinado pelo responsável. Destacamos ainda que o Centro de Saúde Escolar não tem autorização para medicar os alunos sem receita médica e envio do medicamento pela família com as devidas orientações. Em casos em que o estudante precisar tomar qualquer medicamento (analgésicos, antibióticos, anti-inflamatórios, antialérgicos, e outros), o mesmo deve ser enviado pela família. Tal procedimento segue as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Pedimos às famílias que, dentro do possível, assumam a manipulação dos medicamentos no período em que o estudante estiver acompanhado dos pais. É difícil para o Colégio se comprometer com essa demanda na rotina escolar e acabar comprometendo o rendimento da turma em sala de aula. Em casos em que isso não seja possível, certamente ficamos à disposição para auxiliar.

Nome do aluno: _____

Data de Nascimento: _____ Peso atual: _____ Estatura atual: _____

Tipagem sanguínea: _____

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

() Normal () Intercorrências. Quais: _____

IMUNIZAÇÕES: () BCG () Hepatite B () Hepatite A () Rotavírus () Pneumocócica () Meningocócica () Febre Amarela () dTpa () HPV () Tríplice Viral () Tetra Viral () Duplo Adulto () Penta () VIP/VOP**HISTÓRICO DE SAÚDE** (doenças que já teve ou tem): _____**PATOLOGIAS:** () Visuais () Auditivos () Psicológicos () Outros

Especificar: _____

ALERGIAS: () respiratória () alimentar () medicamentos () insetos () outros

Especificar: _____

CIRURGIAS: () Sim () Não

Especificar: _____

ATENDIMENTO DE SAÚDE ESPECIALIZADO (indicar o contato do médico especialista, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, ...): _____**MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO** _____

Plano de Saúde: () Não () sim. Qual? _____

URGÊNCIAS: em caso de urgência, por acidente ou doença, a equipe da escola, sempre, esgota as possibilidades de localizar a família. Favor informar, nomes e telefones de familiares: _____**AUTORIZAÇÃO:** Em situação de urgência ocorrida com meu filho, autorizo a transportá-lo para (indique um local/hospital de sua confiança): _____**OBS:** Em caso de urgência, na impossibilidade de localizar a família e não havendo indicação de local para a remoção do aluno, o Ambulatório Escolar do Colégio Farroupilha chamará o SOS UNIMED, que destinará o hospital que o mesmo será removido.

Porto Alegre, ___/___/____.

Assinatura do pai/mãe ou responsável