



ENFE

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
COLÉGIO TENENTE RÊGO BARROS**

FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ALUNO

FOTO

3X4

1- Identificação do(a) Aluno(a)

Nome: _____

Ano /Série: _____° Ensino Fundamental Ensino Médio Turma: _____Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Feminino

Nome do Pai: _____ Telefone: _____

Nome da Mãe: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

2 – Dados do Responsável pelo aluno no Colégio

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

a) Telefones:

– residencial: _____

– celular: _____

– comercial: _____

3 - Informações médicas do Aluno:

a) Em caso de urgência/emergência a qual Unidade de Saúde encaminhar?

b) Dados do calendário vacinal

 BCG Tríplice viral HPV Febre amarela Covid 19 Meningocócica Influenza Pneumocócica Rotavírus Tríplice bacteriana Hepatite B VOP - vacina oral contra poliomielite

Outras: _____

Continuação do Anexo H

c) Dados sobre o (a) aluno (a)

1. Doenças que já teve:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> dengue | <input type="checkbox"/> rinite | <input type="checkbox"/> covid-19 |
| <input type="checkbox"/> hepatite | <input type="checkbox"/> catapora | <input type="checkbox"/> meningite |
| <input type="checkbox"/> pneumonia | <input type="checkbox"/> bronquite | <input type="checkbox"/> alergia na pele |
| <input type="checkbox"/> alergia alimentar | <input type="checkbox"/> outras _____ | |

2. Dificuldades que apresenta:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ouvir | <input type="checkbox"/> falar | <input type="checkbox"/> andar |
| <input type="checkbox"/> enxergar | <input type="checkbox"/> movimentar braços | <input type="checkbox"/> movimentar pernas |
| <input type="checkbox"/> outras _____ | | |

3. Condições atuais:

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| - Tem ou já teve problema no coração?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Faz acompanhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| - Tem alergia a algum medicamento?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Tem intolerância a lactose e ou glúten?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Tem ou já teve desmaio ou convulsão? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Possui alergia a algum alimento?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Usa alguma Prótese?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Faz acompanhamento médico?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Toma alguma medicação de uso contínuo?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Tem diabetes?
Qual tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| - Tem alguma doença crônica?
Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |

Continuação do Anexo H

- Tem algum problema na coluna? Sim Não
Qual? _____

- Em caso de febre ou dor, qual medicamento usar?

- Faz algum tratamento especializado?

psicólogo fonoaudiólogo terapia ocupacional outro

Qual? _____

d) Em caso de doença ou acidente ocorrido no Colégio, a quem deve ser comunicado?

1ª opção:

- Nome: _____
- Grau de parentesco: _____
- Telefones:
 - residencial: _____
 - celular: _____
 - comercial: _____

2ª opção:

- Nome: _____
- Grau de parentesco: _____
- Telefones:
 - residencial: _____
 - celular: _____
 - comercial: _____

5 - Declaração do Responsável pelo(a) aluno(a):

Declaro que estou ciente de que o Colégio Tenente Rêgo Barros não dispõe de medicamentos para serem administrados aos alunos. Caso o aluno necessite fazer uso de algum medicamento, no horário escolar, somente poderá ser administrado mediante a apresentação de receita médica ou do registro feito pelo responsável na presente ficha. Além disso, a medicação a ser administrada deverá ser trazida pelo aluno.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável

Este formulário deve ser atualizado sempre que houver alteração nos números de telefones celulares dos responsáveis, nos dados médicos como: laudos, alergias, doenças adquiridas ou outra mudança que seja significativa para o bem-estar do aluno.