



FICHA MÉDICA PARA MATRÍCULA

Nome: _____ Nascimento ____/____/____ Endereço:

_____ Telefone _____

Nome do Responsável 1: _____ Celular _____

Nome do Responsável 2: _____ Celular _____

Convênio Médico: _____ Telefone: _____

Número do Cartão do Convênio: _____

Em caso de emergência qual outra pessoa poderemos contactar?

_____ Grau de Parentesco: _____

Telefone _____ Preferência de hospitais nas imediações da Escola:

_____ Nome do Pediatra: _____

Telefone _____ Nome do Neurologista: _____ Telefone

É alérgico a algum medicamento? _____ . Qual _____ já

tomou antitetânica? _____ válida até: _____

Tem alguma intolerância alimentar _____ identifique _____

Toma medicamentos diariamente? _____. Quais? _____

Cite medicação com a respectiva dosagem que faz uso habitualmente para casos de febre, dores, vômitos

É convulsivo? _____. As crises estão controladas? _____

Doenças _____ que _____ já _____ contraiu:



_____ sofreu alguma cirurgia?
_____. Quais? _____

Autorizo a escola a tomar as providências necessárias quanto aos medicamentos (prescritos na receita anexa a Ficha Médica) e procedimentos de emergência, caso não consiga contato com os responsáveis.

Assinatura do Responsável _____ Data: _____