Nossa Senhora de Fátima
IMACULADA REDE DE EDUCAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS
(FICHA DE SAÚDE E AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA)

Parte integrante do contrato de prestação de serviços educacionais para o Ano Letivo de 2024.

DADOS DO ESTUDANTE

Nome: _____Turma(2023): _____

Data de Nasc.: ___/___/_____Idade: _____Peso: _____Altura: _____Tipo sanguíneo: _____Fator RH: _____

Matriculado no curso: ( ) educação Infantil ( ) ensino fundamental I ( ) ensino fundamental II

Mora com: ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avós ( ) Outros. Se outro responsável, especificar: _____

SAÚDE

1) O estudante possui algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim
Qual? _____

2) Está em tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim
Qual? _____

3) Faz uso de algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim
Qual? _____

4) Possui alguma recomendação médica? ( ) Não ( ) Sim
Qual? _____

5) O estudante é alérgico? ( ) Não ( ) Sim
A que? _____

6) Está atualmente em acompanhamento psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual? _____APRESENTAR PARECER/LAUDO

Nome do profissional: _____Fone/Cel: _____

7) Declaro estar ciente da necessidade de conhecimento por parte da escola de eventuais necessidades educativas especiais de que o estudante venha necessitar, a fim de que esta possa verificar se sua estrutura física, pedagógica, técnica e operacional está apta para os atendimentos destas necessidades educativas indispensáveis para o desenvolvimento do estudante. Em razão deste fato, declaro que:

( ) O estudante identificado neste requerimento NÃO POSSUI necessidades educativas especiais.

( ) O estudante identificado neste requerimento POSSUI necessidades educativas especiais por ser portador do seguinte déficit, síndrome ou transtorno: _____

APRESENTAR PARECER/LAUDO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Indicar o nome do(s) adulto(s) autorizado(s) a retirar o(a) menor da escola, ou informar se o estudante poderá deixar a escola desacompanhado de um adulto:

O estudante somente poderá deixar a escola acompanhado por:

Nome: _____Parentesco: _____

RG: _____CPF: _____Fone: _____

Nome: _____Parentesco: _____

RG: _____CPF: _____Fone: _____

( ) O estudante está autorizado a deixar as dependências da escola desacompanhado de adulto.

( ) O estudante deixará as dependências da escola através de transporte terceirizado.

Motorista _____ Fone/Cel.:_____

Os pais devem informar pessoalmente ou por escrito, a professora ou a Secretaria da Escola quando seus filhos necessitarem sair antes do término das aulas. Também não será autorizada a saída do estudante com pessoas diversas daquelas que foram autorizadas salvo por autorização escrita pelo responsável.

Em caso de emergência, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS, as seguintes pessoas deverão ser comunicadas:

Nome: _____Parentesco: _____

Fone Residencial: _____Celular: _____

Observações:

- **Havendo o impedimento para a prática de Educação Física, o atestado médico deverá ser entregue na Secretaria da Escola.**
- Esta ficha contém importantes informações e será utilizada para dirimir dúvidas a respeito das condições de saúde e cuidados específicos com o estudante. Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à Secretaria.
- As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos Pais e/ou Responsáveis que as prestaram.
- Os dados coletados nesta ficha terão o devido tratamento pela Escola de acordo com as normas da LGPD.
- Esta ficha constitui documento obrigatório no processo de matrícula e rematrícula, devendo ser entregue na Secretaria, no prazo estipulado.
- O estudante que necessitar tomar o remédio no horário de aula, os pais e/ou responsáveis deverão vir até a Escola para administrar a medicação.

A rematrícula somente será formalizada com a entrega desta ficha, da Declaração de Vacina ATUALIZADA, comprovante de endereço atualizado, bem como o pagamento da primeira parcela da anuidade.

Nome do Responsável pelas informações: _____

RG/CPF _____Assinatura: _____

Mamborê, _____de _____de 202__.