

FICHA MÉDICA

O **ALUNO (A)** (a) faz uso de algum medicamento? () Sim () Não

Qual? _____

Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não

Qual? _____ Idade: _____

Já apresentou ou apresenta:

- () convulsões
- () problemas cardíacos
- () desmaios
- () crises de bronquite/asma
- () alergia. Qual? _____
- () é epilético
- () é diabético

Outros: _____

Está fazendo algum tratamento? () Sim () Não Qual? _____

Tipo sanguíneo _____

Em caso de emergência, não se localizando os pais ou responsáveis, o colégio está autorizado a procurar diretamente o hospital mais próximo do colégio ou seu convênio mediante a gravidade do ocorrido? (por favor, anexe/envie cópia da carteira de convênio).

() Sim () Não Convênio: _____ Telefone: _____

O **ALUNO(A)** (a) pode realizar exercícios físicos? () Sim () Não Por quê? (enviar atestado médico)

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Responsável Legal nº 1

Responsável Legal nº 2

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4.  5. _____ 6. _____