

## **LIGHTHOUSE ENSINO BILÍNGUE**EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL I E II

## **FICHA DE SAÚDE**

Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?  ———————————————————————————————————	Nome do aluno:		Série:
Nome da mãe: Fone: Celular:	Endereço:	Email:	
Telefone para recados de emergência:	Nome do pai:	Fone:	Celular:
Resp. pelo aluno:	Nome da mãe:	Fone:	Celular:
Em caso de emergência, não se localizando os pais, a Lighthouse está autorizada a procurar diretamente o hospital de seu convênio, ou outro hospital? ( ) Sim ( ) Não (por favor anexe/envie cópia da carteira do convênio)  Pediatra:	Telefone para recados de emergência:		
de seu convênio, ou outro hospital? ( ) Sim ( ) Não (por favor anexe/envie cópia da carteira do convênio)  Pediatra:	Resp. pelo aluno:Pa	rentesco:	
Telefones:  Telefones:  Qualquer alteração nos dados acima registrados, é imprescindível informar à escola imediatamente para atualização dos dados.  Em caso de febre, dor ou situações que a escola julgar necessário, a escola avisará imediatamente aos responsável para que busquem o aluno e se necessário encaminhar ao médico.  Obs: No caso do aluno precisar ser medicado na escola, é OBRIGATÓRIA apresentação da receita médica, ber como na agenda deve vir a solicitação, dosagem e horários durante o período do tratamento, caso contrário aluno não será medicado. Toda medicação deve ser deixada e retirada na secretaria, não é permitido ao alun manter a medicação consigo.  O aluno é alérgico a algum medicamento?  Já fez alguma cirurgia? ( )Sim ( ) Não  Caso sim, qual?  Já apresentou ou apresenta: ( ) Convulsões Fator: ( ) Problemas Cardíacos ( ) Desmaios ( ) Crises de bronquite/asma ( ) Alergia Qual?  É epilético? S( ) N( )  Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?  Afirmo que as informações fornecidas são verdadeiras e eventuais mudanças serão informadas a escola.  Campo Largo, de			•
Convênio a que o aluno está vinculado:	Pediatra:	Telefones:	
Qualquer alteração nos dados acima registrados. é imprescindível informar à escola imediatamente para atualização dos dados.  Em caso de febre, dor ou situações que a escola julgar necessário, a escola avisará imediatamente aos responsávei para que busquem o aluno e se necessário encaminhar ao médico.  Obs: No caso do aluno precisar ser medicado na escola, é OBRIGATÓRIA apresentação da receita médica, ber como na agenda deve vir a solicitação, dosagem e horários durante o período do tratamento, caso contrário aluno não será medicado. Toda medicação deve ser deixada e retirada na secretaria, não é permitido ao alun manter a medicação consigo.  O aluno é alérgico a algum medicamento?  Já teve algum acidente grave? S( ) N( )  Qual?  Está fazendo algum tratamento? S( ) N( )  Qual?  Loans algum tipo de medicamento de uso contínuo?  S( ) N( ) Qual?  Sangue tipo RH:  O aluno pode realizar exercícios físicos? S( ) N( )  Se não, explicar quais e o porquê (anexar/enviar atestado):  As vacinas do aluno encontram-se em dia? S( ) N( )  (a cópia da carteirinha de vacinação deve ser entregue junto com os demais documentos).  Afirmo que as informações fornecidas são verdadeiras e eventuais mudanças serão informadas a escola.	Hospital de preferência	Telefones:	
Em caso de febre, dor ou situações que a escola julgar necessário, a escola avisará imediatamente aos responsávei para que busquem o aluno e se necessário encaminhar ao médico.  Obs: No caso do aluno precisar ser medicado na escola, é OBRIGATÓRIA apresentação da receita médica, ber como na agenda deve vir a solicitação, dosagem e horários durante o período do tratamento, caso contrário aluno não será medicado. Toda medicação deve ser deixada e retirada na secretaria, não é permitido ao alun manter a medicação consigo.  O aluno é alérgico a algum medicamento?  Já fez alguma cirurgia? ( )Sim ( ) Não  Caso sim, qual?  Idade?  Já apresentou ou apresenta: ( ) Convulsões Fator: ( ) Problemas Cardíacos ( ) Desmaios ( ) Crises de bronquite/asma ( ) Alergia Qual?  É epilético? S( ) N( )  Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?  Afirmo que as informações fornecidas são verdadeiras e eventuais mudanças serão informadas a escola.  Campo Largo, de	Convênio a que o aluno está vinculado:	Telefones:	
para que busquem o aluno e se necessário encaminhar ao médico.  Obs: No caso do aluno precisar ser medicado na escola, é OBRIGATÓRIA apresentação da receita médica, ber como na agenda deve vir a solicitação, dosagem e horários durante o período do tratamento, caso contrário aluno não será medicado. Toda medicação deve ser deixada e retirada na secretaria, não é permitido ao alun manter a medicação consigo.  O aluno é alérgico a algum medicamento?  Já fez alguma cirurgia? ( )Sim ( ) Não  Caso sim, qual?  Idade?  Já apresentou ou apresenta: ( ) Convulsões Fator: ( ) Problemas Cardíacos ( ) Desmaios ( ) Crises de bronquite/asma ( ) Alergia Qual?  É epilético? S( ) N( )  Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?  Afirmo que as informações fornecidas são verdadeiras e eventuais mudanças serão informadas a escola.	Qualquer alteração nos dados acima registrados, é imprescindi	vel informar à escola imedi	atamente para atualização dos dados.
É diabético? S( ) N( )  Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?  Afirmo que as informações fornecidas são verdadeiras e eventuais mudanças serão informadas a escola.  Campo Largo, de de de	manter a medicação consigo.  O aluno é alérgico a algum medicamento?  Já fez alguma cirurgia? ( )Sim ( ) Não  Caso sim, qual?  Idade?  Já apresentou ou apresenta:  ( ) Convulsões Fator:  ( ) Problemas Cardíacos  ( ) Desmaios  ( ) Crises de bronquite/asma  ( ) Alergia Qual?	Já teve algum acid Qual? Está fazendo algum ti Qual? Toma algum tipo de r S( ) N( ) Qual? Sangue tipo O aluno pode realiza Se não, explicar quatestado):	ratamento? S( ) N( )  ratamento? S( ) N( )  Quanto tempo? medicamento de uso contínuo?  RH: ar exercícios físicos? S( ) N( )  uais e o porquê (anexar/enviar
Campo Largo, de de	Alguma outra doença que queira mencionar. Quais?	(a cópia da carteirinh junto com os demais	na de vacinação deve ser entregue documentos).
			as serdu iiiiuimiduds a escoia.
RESUDISAVEL	Campo Largo, de d	e	Posnonsával