



COLÉGIO NOSSA SENHORA DA DIVINA PROVIDÊNCIA – CNSDP

Rua Santa Lúcia Filippini, 40 – CEP 11750-000 – Peruibe – SP

TEL: (13) 3455-2967 – secretaria@nsdp.com.br

Ficha de Saúde – 2021

O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO

| | | | | |
|--|-------------|-----------|---------------------|----------|
| Nome do aluno: _____ Turma: _____ Curso: _____ RM: 11100 _____ | | | | |
| Nome do Pai: | | Telefone: | Telefone comercial: | Celular: |
| Nome da Mãe: | | Telefone: | Telefone comercial: | Celular: |
| Em caso de emergência, não sendo localizados os Pais/Responsáveis, quem deverá ser avisado? | | | | |
| Nome: | Parentesco: | Telefone: | Telefone comercial: | Celular: |

O aluno mora com quem?

() Pais () Pai () Mãe () Avós () Outro: _____

O aluno vem para a escola de que forma?

() A pé e sozinho. () Alguém vem sempre trazê-lo. () De ônibus e sozinho. () Transporte Escolar.

Recomenda-se que os alunos aguardem, dentro da escola, por seus pais ou condução escolar. Você autoriza seu filho a esperá-lo em outro lugar? () Sim () Não

Em caso negativo quais as pessoas autorizadas a retirá-lo do colégio, além do responsável:

| | | |
|-------|-----------|-----|
| Nome: | Telefone: | RG: |
| Nome: | Telefone: | RG: |

O(a) aluno(a) possui alguma deficiência, transtorno global de desenvolvimento ou altas habilidades e/ou superdotação?
() SIM () NÃO

| DEFICIÊNCIA | TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO | ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO |
|--|---|------------------------------------|
| () Cegueira | () Autismo Infantil | () Altas Habilidades/Superdotação |
| () Baixa Visão | () Síndrome de Asperger | |
| () Surdez | () Síndrome de Rett | |
| () Deficiência Auditiva | () Síndrome de Down | |
| () Surdocegueira | () Transtorno Desintegrativo de Infância | |
| () Deficiência Física | Outro Transtorno Global: | |
| () Deficiência Intelectual | | |
| () Deficiência Múltipla | Outra Deficiência | |
| () O(a) aluno(a) possui laudo médico? Se sim, anexar cópia. | | |

() O aluno está fazendo algum tratamento médico? Qual?

() O aluno tem alergia a algum medicamento ou alimento? Qual?

() O aluno tem doenças congênitas? Quais?



COLÉGIO NOSSA SENHORA DA DIVINA PROVIDÊNCIA – CNSDP

Rua Santa Lúcia Filippini, 40 – CEP 11750-000 – Peruíbe – SP

TEL: (13) 3455-2967 – secretaria@nsdp.com.br

Quais doenças contagiosas de infância já contraiu?

- () Caxumba () Sarampo () Catapora () Rubéola () Escarlatina
() Coqueluche () Epilepsia Outras _____

O aluno apresenta alguma dessas doenças? Diabetes – Utiliza insulina () Sim () Não () Hipertensão

() Asma/Bronquite () Outras

O aluno está autorizado a participar das aulas de educação física?* () sim () não

* **(EM TODOS OS CASOS É OBRIGATÓRIO APRESENTAR ATESTADO MÉDICO.)**

OBSERVAÇÃO: Em caso de doença ou incapacidade física que impossibilite o aluno de participar da aula acima mencionada, ainda que temporariamente deverá ser apresentado atestado médico para que seja providenciada a dispensa dessa aula.

Peruíbe, ____/____/____

Assinatura do Pai e/ou Responsável