

COLÉGIO NOSSA SENHOA DA DIVINA PROVIDÊNCIA - SP
DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Ano Letivo 2024



ALUNO:	Turma:
Data de Nascimento: / /	Tipo Sanguíneo:

CONTATO FAMILIAR	
Nome da Mãe:	Tel. Celular/Mãe:
E-MAIL :	Tel. Trabalho/Mãe:
Nome do Pai:	Tel. Celular/Pai:
E-MAIL :	Tel. Trabalho/Pai:
Nome do Responsável:	Tel. Celular:
E-MAIL :	Tel. Trabalho:
Outro Contato (1) Nome:	Tel. Celular:
Outro Contato (1) Nome:	Tel. Celular:

SAÍDA DO ALUNO	
ALUNO utiliza o Transporte Escolar ? Se a resposta for SIM, qual o nome do Condutor Escolar? _____	() SIM () NÃO

O ALUNO ESTÁ AUTORIZADO A SAIR SOZINHO APÓS AS AULAS OU ATIVIDADES ESCOLARES?		() SIM () NÃO
AUTORIZADOS (AS)	Nome:	RG:
RETIRAR/ALUNO	Nome:	RG:

QUESTIONÁRIO					
1	Toma medicamento com frequência?	() SIM () NÃO	Especificar:		
2	É portador de algum tipo de necessidades especiais?	() SIM () NÃO	Especificar e entregar cópia do diagnóstico:		
3	Tem problemas cardíacos ou doença congênita?	() SIM () NÃO	Especificar:		
4	Tem restrição na alimentação ou na atividade física?	() SIM () NÃO	Especificar:		
5	É alérgico ou intolerante a alguma substância?	() SIM () NÃO	Especificar:		
6	É portador de:	Amidalite	Convulsão	Epilepsia	Hipotireoidismo / Hipertireoidismo
		Asma	Diabetes	Hemofilia	Otite
		Bronquite	Dispneia	Hipertensão	Sinusite
7	Está em tratamento médico, psicológico, psiquiátrico, fonoaudiológico ou terapêutico? Especificar:				
8	Tomou vacina/Coronavírus-COVID-19 () Sim () Não		() dose1 () dose2 () dose3 () dose4		

9	Tomou vacina - Influenza	() SIM () NÃO
---	--------------------------	-----------------

OBSERVAÇÕES DA FAMÍLIA:
O COLÉGIO NÃO ESTÁ AUTORIZADO A MEDICAR O ALUNO.

Na eventualidade do aluno precisar ser medicado, o responsável encaminhará o receituário médico detalhando a forma e horário que o aluno precisa receber o remédio.

O atestado médico liberando ou não para a prática de Educação Física deverá ser entregue na secretaria, até o 1º dia de aula.

Ao Colégio Nossa Senhora da Divina Providência, declaro em nome de minha família, a veracidade destas informações.

Temos ciência de que os dados ora prestados são de natureza sensível e autorizamos o colégio a armazená-los e tratá-los para os fins legítimos no interesse do aluno.

Peruíbe, ____ / ____ / ____

Assinatura/Responsável 1: _____

Assinatura/Responsável 2: _____