

COLÉGIO NOSSA SENHORA DA DIVINA PROVIDÊNCIA - SP
DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Ano Letivo 2026



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:
	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.

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.

Assinatura/Responsável 1: _____

Assinatura/Responsável 2: _____