



**Colégio Juvenil de Carvalho
Salesianas**

Avenida João Pessoa, 4279 - Damas - Fortaleza - CE - 60425-813

Fone: (85) 3307-2500

www.juvenaldecarvalho.com.br

CNPJ: 07.223.217/0002-90

FICHA MÉDICA

Dados do aluno

Nome do aluno	Matrícula	Data de nascimento	Telefone
---------------	-----------	--------------------	----------

Dados dos responsáveis

Pai	Celular	Local de trabalho	Fone do trabalho
Mãe	Celular	Local de trabalho	Fone do trabalho
Responsável financeiro	Celular	Local de trabalho	Fone do trabalho

Dados médicos

Em caso de emergência, não sendo encontrados os pais ou o responsável pelo aluno, quem deverá ser avisado?

O aluno é alérgico a algum medicamento (tópico, oral ou injetável) ?

N/I Não Sim Quais?

Tipo sanguíneo _____ O(A) médico(a) do aluno é _____ Nome do(a) médico(a) _____ Telefone do(a) médico(a) _____

Alopata Homeopata

Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou o responsável pelo aluno, com qual medicamento ele deverá ser medicado?

O aluno tem doença congênita? N/I Não Sim Quais? _____

O aluno tem hipertensão? N/I Não Sim

Quais as doenças contagiosas contraídas na infância?

Caxumba N/I Não Sim

Sarampo N/I Não Sim

Rubéola N/I Não Sim

Escarlatina N/I Não Sim

Coqueluche N/I Não Sim

Catapora N/I Não Sim

Outras doenças contagiosas:

E epilético? N/I Não Sim

Em caso de afirmativa, está em tratamento? N/I Não Sim

E hemofílico? N/I Não Sim

Tem deficiência auditiva? N/I Não Sim

Tem deficiência visual? N/I Não Sim

Tem deficiência física? N/I Não Sim

É diabético? N/I Não Sim

Se sim, é dependente de insulina? N/I Não Sim

É asmático? N/I Não Sim

Está fazendo algum tipo de tratamento? N/I Não Sim Qual? _____

Está ingerindo medicação específica? N/I Não Sim Qual? _____

O aluno possui plano de saúde? N/I Não Sim Qual? _____

Em caso de necessidade, o aluno deve ser removido para qual hospital ou clínica? _____

Endereço: _____ Fone: _____

Observações:

Responsável _____

Data de entrega ____/____/____