

FICHA MÉDICA

Viagem: _____

A - Identificação do (a) aluno (a)

Nome:	
Série	Turma:
Data de Nascimento: __ / __ / __	Sexo: () M () F
Nome do Pai:	Telefone:
Nome da Mãe:	Telefone:
Responsável:	Telefone:
Endereço:	

B - Dados do calendário vacinal

Atualizado ()	Atrasado ()
----------------	--------------

C - Dados sobre o (a) aluno (a)

Doenças que já teve:	() catapora - () meningite - () hepatite - () dengue () pneumonia ALERGIAS: () pele Qual? _____ () alimentar Qual? _____ () bronquite - () rinite Outra _____
Tem alguma dificuldade de:	() enxergar - () falar - () ouvir - () andar – () movimentar braços e pernas
Tem ou teve problema no coração?	SIM () NÃO () Qual? _____
Faz acompanhamento desse problema?	SIM () NÃO () Onde? _____
Tem alergia a algum medicamento?	SIM () NÃO () Qual? _____
Tem intolerância a lactose?	SIM () NÃO () _____
Tem intolerância ao	SIM () NÃO () _____

glúten?	
Tem alguma deficiência?	SIM () NÃO () Qual? _____
Usa alguma prótese?	SIM () NÃO () Qual? _____
Tem ou teve desmaio ou convulsão?	SIM () NÃO ()
Toma alguma medicação?	SIM () NÃO () Qual? _____ Para quê? _____
É acompanhado por causa disso?	SIM () NÃO () Onde? _____
Tem diabetes?	SIM () NÃO ()
Faz tratamento por causa disso?	SIM () NÃO ()
Tem algum problema na coluna?	SIM () NÃO () Qual? _____
Já teve alguma fratura?	SIM () NÃO () Qual? _____
Tem dificuldades para caminhar?	SIM () NÃO ()
Já se submeteu a alguma cirurgia?	SIM () NÃO () Qual? _____
Tem problema com peso?	SIM () NÃO ()
Já esteve internado?	SIM () NÃO () Por quê? _____
Faz algum tratamento especializado?	psicólogo () fonoaudiólogo () terapia ocupacional () outro () Qual? _____

D - Outras observações

Pai ou responsável: _____

Data: ____ / ____ / ____