



Solicitamos a gentileza de preencher os dados abaixo, para conhecermos as necessidades do(a) aluno(a) caso ocorra alguma situação de emergência.

A devolução desse questionário deve ser feita no máximo até a próxima semana.

FICHA DE SAÚDE

Nome do(a) aluno(a) _____

01. Possui algum plano de saúde? () Sim () Não. Qual? _____

02. Apresenta alergia a algum tipo de medicamento, alimento ou substância? () Sim () Não. Qual? _____

03. Utiliza algum medicamento? () Sim () Não. Qual? _____

04. Tem contra-indicação para a prática de algum tipo de atividade? () Sim () Não. Qual e por que? _____

05. Possui alguma doença? Por exemplo: asma, bronquite, cardiopatia, diabetes, hipertensão, enxaqueca, depressão, convulsão? () Sim () Não. Qual? _____

06. Possui algum problema de visão ou de audição? () Sim () Não. Qual? _____

07. Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não. Qual? _____

08. Faz algum tipo de tratamento de saúde? () Sim () Não. Qual e onde? _____

09. Faz tratamento dentário? () Sim () Não. Com que frequência? _____

10. Indique a seguir possíveis contatos em caso de emergência:

1. Nome: _____ Vínculo com o(a) aluno(a): _____

Telefone: _____ Celular: _____

2. Nome: _____ Vínculo com o(a) aluno(a): _____

Telefone: _____ Celular: _____

3. Nome: _____ Vínculo com o(a) aluno(a): _____

Telefone: _____ Celular: _____

II. Utilize este espaço para comentários adicionais importantes sobre a saúde do(a) aluno(a), para o conhecimento do Guri Santa Marcelina:

Assinatura do responsável: _____