



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:** \_\_\_\_\_