

Dados do Aluno:

Nome: _____

Data Nasc.: _____ / _____ / _____ Local: _____ UF: _____

End. _____ Nº _____ Compl: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Celular do aluno: _____ Telefone residencial do aluno: _____

Telefones
de
emergência:

Nome _____ Telefones _____

Nome _____ Telefones _____

Nome _____ Telefones _____

Nome _____ Telefones _____

Informações Familiares:

Nome do Pai: _____

RG do Pai: _____ CPF do Pai: _____

Telefone Comercial do Pai: _____ Whatsapp: _____

Celular do Pai: _____ Telefone residencial do Pai: _____

E-mail do Pai: _____

Profissão do Pai: _____ Empresa: _____

Grau de
escolaridade:

() 1º grau - até a _____ série

() 2º grau - até a _____ série

() Superior - até o _____ ano, no curso de _____

() Outros - especifique: _____

Nome da Mãe: _____

RG da Mãe: _____ CPF da Mãe: _____

Telefone Comercial da Mãe: _____ Whatsapp: _____

Celular da Mãe: _____ Telefone residencial da Mãe: _____

E-mail da Mãe: _____

Profissão da Mãe: _____ Empresa: _____

Grau de
escolaridade:

() 1º grau - até a _____ série

() 2º grau - até a _____ série

() Superior - até o _____ ano, no curso de _____

() Outros - especifique: _____

O aluno reside com:

() Pais () Só com o Pai () Só com a Mãe () Outros _____

De que maneira e com quem o aluno vem para o Colégio?

() Transp. Escolar _____ () Com o Pai () Com a mãe () Outros _____

Informações Médicas:

1) O aluno possui plano de saúde? () Sim () Não

Qual? _____ Telefone _____

Nome do médico da criança: _____ Telefone _____

2) Tipo sanguíneo do aluno _____ Peso _____

3) Em caso de mal súbito ou acidente (não sendo localizados os responsáveis), quais medicamentos poderão ser ministrados pelo médico no primeiro socorro?

() Paracetamol () Novalgina () Melhoral () Dipirona () AAS () Ibuprofeno () Outros: _____

Nº de gotas _____

Obs.: A Escola só poderá medicar a criança mediante **Receita Médica atual.**

4) Assinale com um 'X' se o aluno possui ou já possuiu alguma das patologias abaixo:

() Epilepsia	() Caxumba	() Def. Auditiva	() Rinite
() Hemofilia	() Sarampo	() Def. Visual	() Sinusite
() Diabete	() Catapora	() Def. Física	() Bronquite
() Asma	() Rubéola	() Def. Mental	() Covid 19
() Hipertensão	() Coqueluche	() Outras	_____

5) O aluno já sofreu algum tipo de intervenção cirúrgica? () Sim () Não

Qual e onde? _____

6) O aluno sofre de algum tipo de alergia? () Sim () Não

Qual? _____

7) O aluno já sofreu algum tipo de fratura? () Sim () Não

Em qual região? _____

8) O aluno possui alguma deficiência/necessidade especial? () Sim () Não

Descreva-as: _____

Obs.: É importante o preenchimento completo dessa ficha cadastral, pois, em caso de emergência, recorreremos a ela a fim de localizar os responsáveis e socorrer o aluno.

Quaisquer alterações, por favor, comunicar à secretaria do Colégio, **imediatamente!**

As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade do tutor do aluno.

Carapicuíba, _____ de _____ de _____

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável