



- *Esse documento é parte integrante do contrato de prestação de serviços educacionais.*
- *Favor anexar uma cópia da carteirinha do plano de saúde do aluno (quando houver) para casos de urgência.*

DADOS DO (A) ESTUDANTE:

- Nome: _____
- Data de nasc: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____
- Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
- Matriculado (a) no(a) curso: _____ Ano/Série.

() Educação Infantil () Ensino Fundamental I () Ensino Fundamental II () Ensino Médio

SAÚDE DO (A) ESTUDANTE

1) O (A) estudante possui algum problema de saúde? () Não () Sim

Qual? _____

2) Está em tratamento médico? () Não () Sim

Qual? _____

3) Faz uso de algum medicamento de uso contínuo? () Não () Sim

Qual? _____

4) O estudante é alérgico? () Não () Sim

A que? _____

5) Está atualmente em acompanhamento psicológico, psicopedagógico ou fonoaudiológico?

() Não () Sim.

Se sim, qual? _____

INDICAR ESPECIALIDADE E CONTATO DO PROFISSIONAL OU DOS PROFISSIONAIS

Nome do profissional: _____

Fone/Cel: _____

6) Declaro estar ciente da necessidade de conhecimento por parte da escola de eventuais necessidades educativas especiais de que o estudante venha necessitar ao longo do ano letivo de 2025, a fim de que esta possa verificar se sua estrutura física, pedagógica, técnica e operacional está apta para os atendimentos destas necessidades educativas indispensáveis para o desenvolvimento do estudante.

Em razão deste fato, declaro que:

() O (A) estudante identificado nesta ficha NÃO POSSUI necessidades educativas especiais.

() O (A) estudante identificado nesta ficha POSSUI necessidades educativas especiais por ser portador do seguinte déficit, síndrome ou transtorno:

***** ANEXAR PARECER/LAUDO ASSINADO PELO ESPECIALISTA.**

() O (A) estudante identificado nesta ficha NÃO POSSUI necessidades educativas especiais.

Havendo algum dos sintomas abaixo, conforme indicação médica, poderão ser administrados os seguintes medicamentos:

SINTOMAS	PARACETAMOL	DIPIRONA	IBUPROFENO	OUTROS/INDIQUE	DOSAGEM
FEBRE	()	()	()	() _____	
DOR DE CABEÇA	()	()	()	() _____	
DOR DE BARRIGA	()	()	()	() _____	
DOR DE ESTÔMAGO	()	()	()	() _____	
CÓLICA	()	()	()	() _____	

INFORMAÇÕES GERAIS

7) O (A) estudante está autorizado(a) a deixar as dependências da Escola sozinho(a)? () Sim () Não

Em caso negativo, além dos responsáveis, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo (a) da Escola são:

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

() O (A) estudante deixará as dependências da escola através de transporte terceirizado.

Motorista _____ Fone/Cel.: _____

OBS.: Os pais devem informar pessoalmente ou por escrito, a Secretaria da Escola quando seus filhos necessitarem sair antes do término das aulas. Não será autorizada a saída do estudante com pessoas diferentes daquelas que foram autorizadas, salvo por autorização escrita pelo responsável.

8) Em caso de emergência acionaremos os responsáveis legais. Indicar parentesco.

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

9) O (A) estudante possui algum impedimento permanente para a prática de Educação Física? () Não () Sim

Qual? _____

Havendo o impedimento, o atestado médico deverá ser entregue na Secretaria da Escola.

OBSERVAÇÕES:

- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à Secretaria.
- As informações contidas nessa ficha são de inteira responsabilidade dos pais ou responsável legal e possuem caráter sigiloso. Os dados coletados nesta ficha terão o devido tratamento pela Escola de acordo com as normas da LGPD.
- Ao estudante que necessitar tomar um medicamento específico (como antibiótico, ou medicamentos de uso contínuo), em horário de aula, os pais e/ou responsáveis deverão vir até a Escola para administrar tal medicação.

CÓPIA DA CARTEIRINHA DO PLANO DE SAÚDE DO ALUNO

São Paulo, _____ de fevereiro de 2025.

Assinatura dos pais ou responsável legal do aluno.