

Aluno: _____ Turma: _____

1. O aluno sofre de alguma doença ou exige algum cuidado especial? () Sim () Não. Qual:

2. Faz uso regular de algum tipo de medicamento? () Sim () Não

Qual: _____ Qual o motivo? _____

3. Tem restrição a algum tipo de medicamento? () Sim () Não Qual:

4. É portador de necessidades especiais? Necessita de utilizar algum equipamento especial ou de acompanhamento especializado? () Sim () Não. Explique:

5. Está filiado a algum plano de saúde? () Sim () Não

Qual: _____

6. Hospital para encaminhamento em caso de urgência:

7. Não conseguindo comunicação com os pais / responsável, com quem deve ser feito contato:

Nome

Grau de parentesco

Telefone

Outras informações:

O responsável pelo aluno deve saber que a Escola não disponibilizará por seus próprios meios medicamentos para os alunos mesmo que para atenuar sintomas corriqueiros como febre, cólica ou dor de cabeça.

Em caso de necessidade, os pais ou responsáveis deverão enviar a medicação com o aluno ou deixar com as Coordenadoras para que sejam administrados, segundo orientações escritas que deverão acompanhar os medicamentos.

BH, ____ de _____ de _____.

Nome Legível do responsável: _____

Assinatura do responsável