

Parte integrante do contrato de prestação de serviços educacionais para o Ano Letivo de 2024

1. DADOS DO (A) ESTUDANTE

Nome: _____ Data de nasc: ____/____/____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: _____

Matriculado (a) no(a) curso: () Educação Infantil () Ensino Fundamental I () Ensino Fundamental () no(a) _____ Ano/Série.

Mora com: () pais () pai () mãe () Outros. Se outro responsável, especificar: _____

2. SAÚDE DO (A) ESTUDANTE

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

Qual? _____

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

Qual? _____

c) Faz uso de algum medicamento? () Não () Sim

Qual? _____

d) Possui alguma recomendação médica? () Não () Sim

Qual? _____

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

A que? _____

f) O estudante já teve alguma convulsão ou desmaio? () Não () Sim

Quando? _____

g) Sofreu algum procedimento cirurgico? () Não () Sim

Qual? _____

h) Está atualmente em acompanhamento psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico?

() Não () Sim Se sim, qual? _____

APRESENTAR PARECER/LAUDO

Nome do profissional: _____ Fone/Cel: _____

i) Declaro estar ciente da necessidade de conhecimento por parte da escola de eventuais necessidades educativas especiais de que o estudante venha necessitar, 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: _____

APRESENTAR PARECER/LAUDO. Data da Entrega ____/____/____.

3. INFORMAÇÕES GERAIS

a) Em caso de emergência, quem deverá ser avisado primeiro? () Pai () Mãe

b) Não conseguindo a comunicação, informe uma outra pessoa:

Nome: _____ Parentesco: _____

Tel. Res.: () _____ Com.: () _____ Cel.: () _____

c) 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:

- Esta ficha contém importantes informações e será utilizada para dirimir dúvidas a respeito das condições de saúde e cuidados específicos com o (a) estudante.
- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à Secretaria.
- As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais ou do responsável legal e possuem caráter sigiloso.
- Esta ficha constitui documento obrigatório no processo de matrícula e re matrícula, devendo ser entregue na Secretaria, no prazo estipulado.
- O (A) estudante que necessitar tomar o remédio no horário de aula, os pais e/ou responsáveis deverão enviar a medicação a Escola munidos da receita médica para as devidas providências.
- **A re matrícula somente será formalizada com a entrega desta ficha e da Declaração de vacina atualizada.**

Goiânia, _____ de _____ de _____

Assinatura dos pais ou responsável legal