Ficha de saúde do aluno

Escola, excursão e acampamento

Atualizada em

ALUNO

Nome completo

Data de nascimento

Turma

Cartão SUS (CNS)

Plano de saúde e nº da carteirinha

CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Nome | Parentesco | Telefone

Nome | Parentesco | Telefone

ALERGIAS E O QUE ACONTECE

CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE A ESCOLA PRECISA CONHECER

REMÉDIOS DE USO CONTÍNUO

REMÉDIO	DOSE	HORÁRIOS	NA ESCOLA?

RESTRIÇÕES DE ATIVIDADE (EDUCAÇÃO FÍSICA, PISCINA, SOL)

EM CASO DE CRISE CONHECIDA, O QUE FAZER

AUTORIZAÇÃO

( ) Autorizo dar os remédios acima nos horários indicados, conforme a receita anexa.

Nome e assinatura do responsável

Data

PEDIATRA OU SERVIÇO QUE ACOMPANHA

Nome

Telefone