

TERMO DE CIÊNCIA

Caros alunos e responsáveis,

as orientações apresentadas no site sobre as normas e funcionamento da escola são extremamente relevantes para o dia-a-dia do educando no Colégio Dona Clara. Em função disso, devem ser lidas, atenciosamente, pelo aluno e pelos responsáveis.

Solicitamos-lhes o favor de preencher, destacar e devolver esta folha para a Coordenadora e/ou Orientadora Educacional da escola, juntamente com a folha dos DADOS DO ALUNO e FICHA DE SAÚDE.

Recebi a “Agenda 2016” e tenho conhecimento das normas, regulamentos, direitos, deveres e, sobretudo, a filosofia **do Colégio pelo site**, em ____/____/2016 e estou ciente de TODAS as informações apresentadas.

Aluno: _____

Ano: _____ Turma: _____ Turno: _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Aluno: _____

Assinatura do(s) Responsável (is): _____

OBSERVAÇÃO: Caso haja inclusão, exclusão ou modificação de alguma informação na “Agenda 2015”, você será comunicado por via de circular e/ou quadro de avisos.

Colégio Dona Clara

“24 anos educando eticamente as futuras gerações.”

DADOS PESSOAIS

Aluno (a): _____

Ano: _____

Ed. Inf.

En. Fun.

En M.

Turma: _____ Turno: _____

Endereço: Avenida / Rua _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Fone residencial: _____ Celular: _____

• Pai/Responsável: _____

End. / Fone: _____

e-mail: _____

• Mãe/Responsável: _____

End. / Fone: _____

e-mail: _____

Em caso de emergência, informar:

Fones:

Cuidados especiais:

I. FICHA DE SAÚDE DO ALUNO: _____

TURMA/TURNO: _____

1. Durante os últimos anos, recebeu algum tratamento médico? Em que especialidade? _____

2. Já esteve hospitalizado? Quando? Quanto tempo? Por quê? _____

3. Toma medicamentos? Quais? _____

4. Tem alergia a algum medicamento ou anestésico? _____

5. Já fez cirurgias? Quando? Por quê? _____

6. Costuma sangrar muito quando se machuca? _____

7. Tem cicatrização demorada? _____

8. Já fez transfusão de sangue? _____

9. Costuma sentir tonturas ou desmaio? _____

10. Em caso de febre, costuma tomar qual medicação? Qual dosagem? _____

11. Tem ou teve alguma das doenças abaixo?

Problemas cardíacos? _____

Pressão alta? _____

Anemia? _____

Hepatite? _____

Diabetes? _____

Epilepsia? _____

Febre reumática? _____

Icterícia? _____

Reumatismo? _____

Depressão? _____

Problemas nervosos? _____

Problemas hepáticos? _____

Problemas renais? _____

Problemas respiratórios? _____

Problemas alimentares? _____

Outros: _____

12. Tem fobias? Especifique:

13. Está sob atendimento psicológico, psicopedagógico, psiquiátrico, neurológico, oftalmológico, fonoaudiólogo? (se possível informar o nome e telefone dos profissionais que o acompanham). _____

14. Qual o seu tipo sanguíneo? _____

DECLARO QUE AS AFIRMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

Autorizo o atendimento de urgência nos hospitais conveniados ao Seguro Escolar oferecido pelo Colégio Dona Clara, caso o adulto responsável pelo aluno não seja encontrado para dar a assistência necessária.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES, FAÇA NO VERSO DA FOLHA

1. Tem fobias? Especifique:

2. Está sob atendimento psicológico, psicopedagógico, psiquiátrico, neurológico, oftalmológico, fonoaudiólogo? (se possível informar o nome e telefone dos profissionais que o acompanham).

3. Qual o seu tipo sanguíneo?

DECLARO QUE AS AFIRMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

Autorizo o atendimento de urgência nos hospitais conveniados ao Seguro Escolar oferecido pelo Colégio Dona Clara, caso o adulto responsável pelo aluno não seja encontrado para dar a assistência necessária.

ASSINATURA

DO

RESPONSÁVEL:

OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES, FAÇA NO VERSO DA FOLHA