



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS - ALUNOS DO NOTURNO

Nome do Aluno(a): _____ Nº Matrícula: _____

CPF nº: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Convênio médico: _____ Tipo sanguíneo: _____ Celular: _____ Tel. Res: _____

Em caso de EMERGÊNCIA, chamar (colocar todos os telefones possíveis para contato):

Fone: _____ Parentesco: _____ Fone: _____ Parentesco: _____

Fone: _____ Parentesco: _____ Fone: _____ Parentesco: _____

1. Assinale abaixo se o aluno apresenta alguma das condições médicas relacionadas:

A) () Alergia a antibióticos – Qual?: _____

B) () Alergia a analgésicos – Qual?: _____

C) () Alergia a picada de inseto – Qual?: _____

D) () Alergia a algum alimento – Qual?: _____

E) É fumante? () Sim () Não

F) () Doença cardíaca (arritmia, angina, hipertensão, hipotensão, insuficiência cardíaca, infarto, doença valvular...) – Qual?: _____

G) () Doença ou complicações respiratórias (asma, bronquite, rinite, sinusite, pneumonia, enfisema, tuberculose...) – Qual?: _____

H) () Doença cerebral ou síndrome neurológica (Alzheimer, Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, convulsão...) – Qual?: _____

I) Diabetes () Tipo I – () Tipo II

2. Há algum problema de saúde não listado? Qual? _____

3. Há alguma necessidade educacional especial a ser atendida, como auxílio leitor, tradutor de libras, ou outro recurso?

Eu, _____, declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) responsável