

## Ficha de Informações do (a) Aluno (a) ANEXO III

ANO: \_\_\_\_\_ TURMA: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C. HOR. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_ Nac.: \_\_\_\_\_

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone fixo: \_\_\_\_\_

Celular: Mãe \_\_\_\_\_ WhatsApp \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_ WhatsApp \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: Mãe \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_

E-mail: Mãe \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Profissão: Mãe \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_

Contatos Urgentes (nomes e telefones): \_\_\_\_\_

Convênio Médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nome do pediatra: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Alergias apresentadas até o momento: \_\_\_\_\_

Medicamento para febre: \_\_\_\_\_ Após \_\_\_\_\_ °C - Dosagem: \_\_\_\_\_

Tipo/fator sanguíneo: \_\_\_\_\_ Em caso de atendimento de urgência podemos levar seu filho (a) para uma clínica mais próxima da escola? ( ) sim ( ) não

Qual a clínica? \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_

Seu filho (a) como se transporta? ( ) com o responsável ( ) condução particular

Se condução, nome e tel.: \_\_\_\_\_

Observação que você queira deixar registrada para a PPEI.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_