CNSD COLÉGIO Nossa Senhora das Dores Escola Jardim | rede doroteias

"Sentir faz parte. Cuidar faz a diferença."

TERMO DE DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE – ANO LETIVO 2027

DECLARO, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940 – Código Penal brasileiro, neste ato, para absoluta validade do aqui disposto, que são inteiramente verdadeiras as informações ora fornecidas, destinadas ao melhor atendimento do(a) aluno(a):

Aluno(a):_____

Cor/Raça: _____ **Ano Escolar (série):** _____

Contratante (Responsável Financeiro): _____

Responsável: _____

Pediatra:_____**Tel:** _____

Em situação de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis, procurar:

- **Nome:**_____**Parentesco:**_____**Tel:** _____
- **Nome:**_____**Parentesco:**_____**Tel:** _____

1- Tipo sanguíneo do(a) aluno(a): _____ Fator RH: _____

OBS: De acordo com a Lei Estadual RJ nº 6683/2014 o(a) aluno(a) deverá apresentar o comprovante do seu tipo sanguíneo e do fator RH.

2 – Em caso de febre, com prescrição médica e trazido de casa, que medicamento poderá ser dado? Em que quantidade? A partir de que temperatura?

_____

_____

_____

3- Faz uso regular de algum medicamento?

Em casa: _____

_____

_____

OBS: O responsável legal está ciente de que o(a) aluno(a) não deverá trazer para a escola remédios, sendo certo que se houver recomendação médica para que o aluno use determinada medicação no horário escolar, a medicação deverá conter rótulo, bem como estar acompanhada de receita médica e, diariamente, de orientação por escrito do responsável quanto aos horários e dosagem, conforme cláusula contratual.

4- Possui o(a) aluno(a) plano de saúde? Em caso positivo, qual?

_____

_____

5- Em sendo possível e viável, preferencialmente, para qual hospital o(a) aluno(a) poderá ser levado(a)?

_____

_____

6- Nome do Médico do aluno: _____

( ) alopata ( ) homeopata

Endereço:_____Tels: _____

7- O(a) aluno(a) é alérgico(a) - ex: alergia respiratória, de pele, alimentar, etc.? Especificar no caso afirmativo.

_____

_____

7.1- O(a) aluno(a) é alérgico(a) a algum medicamento? Qual(is)?

_____

_____

7.2- Cuidados que precisam ser tomados na escola:

_____

_____

8- Quais doenças comuns da infância (catapora, sarampo, caxumba, rubéola, etc.) o(a) aluno(a) já contraiu? Quando?

_____

_____

_____

9- O(a) aluno(a) possui doença congênita? ( ) Sim ( ) Não Qual?

_____

_____

10- Tem hipertensão? ( ) Sim ( ) Não

11- É hemofílico? ( ) Sim ( ) Não

12- É diabético? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? ( ) Sim ( ) Não

13- É epilético? ( ) Sim ( ) Não Em caso afirmativo, está em tratamento? ( ) Sim ( ) Não

14- Já teve convulsão: ( ) Sim ( ) Não

De que tipo? _____

Faz uso de medicação? ( ) Sim ( ) Não Qual(is)?

_____

15- É asmático? ( ) Sim ( ) Não

16- Possui alguma alteração visual? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, usa óculos ou lente de contato? _____

17- Possiu alteração auditiva? ( ) Sim ( ) Não
Qual a proposta de tratamento? _____

18- É deficiente físico? ( ) Sim ( ) Não

19- O(a) aluno(a) possui alguma deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação?

( ) Sim ( ) Não

Qual?

_____

_____

OBS: Conforme previsto no Contrato de Prestação de Serviço de Educação Escolar, fica, desde já, ciente o CONTRATANTE que poderá a CONTRATADA, sempre que se fizer necessário, requerer laudos de saúde do(a) ALUNO(A) BENEFICIÁRIO(A), fornecidos por especialistas, cujos resultados são imprescindíveis para: elaboração do Plano de Atendimento Educacional Individualizado - PAEI, desenvolvimento pedagógico do aluno e para um maior aproveitamento de suas competências.

20- Está com o esquema vacinal básico (Posto de Saúde e Campanhas) em dia?

_____

_____

_____

21- Apresenta alguma infecção de repetição (ex.: pneumonia, otite, amigdalite, infecção urinária etc.)?
Qual(is)?_____

_____

_____

22– Recentemente foram realizados exames (citar diagnóstico e tratamento):

Oftalmológico:_____

_____

Audiometria:_____

_____

Parasitológico:_____

_____

23 - Faz atendimento:

a) Fonoaudiológico? Há quanto tempo?_____
b) Psicológico? Há quanto tempo?_____
c) Neurológico? Há quanto tempo?_____

OBS: Em caso positivo, favor enviar, por escrito, a avaliação do profissional para a escola.

24 – Outras informações consideradas importantes pelo responsável:

_____

_____

_____

_____

25- De acordo com a Lei Estadual RJ nº 6683/2014 poderão ser anexados, a pedido dos responsáveis pelo(a) aluno(a), os resultados de testes antialérgicos, de glicemia ou outros que sejam pertinentes, mediante a apresentação de cópia dos respectivos exames. Caso seja de interesse do responsável, favor, anexar os mesmos na presente declaração.

Declaro que o(a) aluno(a) _____ ( ) <u>NÃO</u> possui ( ) <u>POSSUI</u> deficiência ou doença que o(a) impeça de participar de algum tipo de atividade esportiva ou recreativa, bem como, me responsabilizo pela manutenção e cuidado de seu estado de saúde, obrigando-me, desde já, a manter informados a escola e o profissional de educação física que o atende a respeito de qualquer mazela ou deficiência que possua ou passe a apresentar.

OBS: A escola poderá solicitar, dentre os demais documentos para a matrícula, o atestado médico que autorize o aluno a realizar esforço físico nas aulas da disciplina de educação física, desportiva e recreativa, antes do início do ano letivo. E, caso o pai não apresente o referido documento deverá assinar um termo de responsabilidade de que o menor não apresenta restrições para a prática do exercício físico, comprometendo-se ainda, a realizar periodicamente exames para averiguações. E sendo constatado qualquer impedimento, deverá comunicar imediatamente e por escrito à instituição de ensino.

Nova Friburgo, ___ de _____ de 20_____.

_____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO – CONTRATANTE

_____

Pai/Mãe/Responsável pelo(a) aluno(a)