

FICHA DE DADOS CADASTRAIS

NOME DO ALUNO:		
IDADE:	DATA DE NASC.: ____/____/____	
RG:	CPF:	SEXO: () F () M
ENDEREÇO:		Nº:
BAIRRO:		CEP:
CIDADE:		
SÉRIE PRETENDIDA:	PERÍODO (PARCIAL, SEMI OU INTEGRAL):	
PERÍODO PEDAGÓGICO (MANHÃ OU TARDE)?		
DADOS DOS RESPONSÁVEIS		
RESPONSÁVEL 01:		
DATA DE NASC.:	RAÇA:	ESTADO CIVIL:
NATURALIDADE:		
RG:	CPF:	
GRAU DE ESCOLARIDADE:		
PROFISSÃO:		
EMPRESA QUE TRABALHA:		
TEL. RESIDENCIAL:	CELULAR:	
TEL. TRABALHO:	CELULAR:	
E-MAIL (OBRIGATÓRIO):		
RESPONSÁVEL 02:		
DATA DE NASC.:	RAÇA:	ESTADO CIVIL:
NATURALIDADE:		
RG:	CPF:	
GRAU DE ESCOLARIDADE:		
PROFISSÃO:		
EMPRESA QUE TRABALHA:		
TEL. RESIDENCIAL:	CELULAR:	
TEL. TRABALHO:	CELULAR:	
E-MAIL (OBRIGATÓRIO):		
RESPONSÁVEL PEDAGÓGICO:		
RESPONSÁVEL FINANCEIRO:		

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ALUNO		
PESO:	ALTURA:	TIPO SANGÜÍNEO:
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO? QUAL?		



HOSPITAL DE ATENDIMENTO:
NÚMERO DO CARTÃO:
HÁ RESTRIÇÕES A ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?
POSSUI ALERGIA? QUAL?
PROBLEMA DE VISÃO? QUAL?
PROBLEMA DE AUDIÇÃO? QUAL?
FAZ ALGUM TRATAMENTO? QUAL?
POSSUI ALGUMA DOENÇA? QUAL?
FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO?
QUAL O MOTIVO DO ACOMPANHAMENTO?
POSSUI LAUDO MÉDICO?
POSSUI DEFICIÊNCIA? QUAL?
PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA? QUAL?
APRESENTA CRISES SÚBITAS? (ASMA, CONVULSÃO, DESMAIOS, OUTRAS)
EM CASO DE CRISES COMO PROCEDER?
NECESSITA DE ALGUM ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA APRENDIZAGEM?
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
POSSUI RESTRIÇÃO ALIMENTAR? SE SIM, QUAL?

DOENÇA	TEVE	TEM	NÃO
ASMA/ BRONQUITE			
CATAPORA			
CAXUMBA			
CONVULSÃO			
COVID-19			
DENGUE			
DIABETES			
EPILEPSIA			
ESCARLATINA			

DOENÇA	TEVE	TEM	NÃO
H1N1			
HEPATITE			
HIPERTENSÃO			
HIPOGLICEMIA			
MENINGITE			
PROBLEMA CARDÍACO			
RINITE/SINUSITE			
SARAMPO			

PEDIATRA RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA:	
RESPONSÁVEIS AUTORIZADOS A RETIRAR O ALUNO DA ESCOLA (INFORMAR NOME COMPLETO E RG):	
1.	RG
2.	RG

IMPORTANTE: EM CASO DE LAUDO MÉDICO SERÁ NECESSÁRIO ANEXAR A CÓPIA JUNTO COM ESTA FICHA.

() Conforme a LGPD estou ciente que as informações coletadas neste formulário serão utilizadas apenas de forma interna pela Fundação Romi.

Santa Bárbara d'Oeste, ____ de ____ de ____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL