

## HISTÓRICO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome:

Tipo Sanguíneo:

### REFERÊNCIA A DOENÇAS ANTERIORES – LISTE AS DOENÇAS RELEVANTES QUE O(A) ALUNO(A) JÁ TEVE E A DATA APROXIMADA


### LISTE QUALQUER CONDIÇÃO MÉDICA ESPECIAL QUE O(A) ALUNO(A) POSSA APRESENTAR

Alergias alimentares – Especificar alimento(s):

Outras – Especificar:

Asma

Epilepsia/Convulsões

Doenças gastrointestinais ou distúrbios alimentares, incluindo dietas especiais

Diabetes

Paralisia/Problemas motores

Outras condições clínicas que requeiram cuidados especiais – Especificar:


Seu(u) filho(a) está sob tratamento médico?  Não  Sim. Especificar:


Seu filho(a) faz uso de alguma medicação de uso contínuo? Existem efeitos colaterais?


Há algum sintoma ou sinal a ser observado que possa indicar a eminência de determinado distúrbio clínico?


Observações ou informações adicionais que possa ser útil no cuidado com seu(u) filho(a):


Responsável:

Assinatura:

### PRORROGAÇÃO DE INFORMAÇÕES RELACIONADAS A HISTÓRICO MÉDICO

ANO	TURMA	ASSINATURA PARA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO