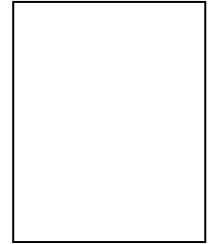




## BERÇÁRIO PLANETA BABY

Rua: José Vanderlei Marconi nº158 Pq. Res. Oratório-Guairaca-Sp. CEP: 03266-030.  
Fone: 11 967003-962 / CNPJ: 24.446.118/0001-06

### INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS À ESCOLA



Nome completo do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_

Local do nascimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Ap.: \_\_\_\_\_ Bloco: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cep.: \_\_\_\_\_ Telefone residencial: \_\_\_\_\_

Com quem mora o(a) aluno(a) ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Responsável \_\_\_\_\_

Nome completo do Pai: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome completo da Mãe: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Autorizados a retirar a criança: \_\_\_\_\_

01) O(A) aluno(a) é alérgico(a) a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

02) Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(o), com qual medicamento ele(a) deverá ser medicado(a): \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

03) O(A) aluno(a) tem doença congênita? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

04) Tem hipertensão? ( ) Sim ( ) Não Tem hipotensão? ( ) Sim ( ) Não

05) Quais das doenças contagiosas da infância o(a) aluno(a) já contraiu?  
( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Catapora ( ) Escarlatina  
( ) Coqueluche ( ) Outras – Quais? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

06) É epilético(a)? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, está em tratamento? ( ) Sim ( ) Não

07) É hemofílico(a)? ( ) Sim ( ) Não

08) É deficiente visual? ( ) Sim ( ) Não É deficiente auditivo? ( ) Sim ( ) Não

09) É deficiente físico? ( ) Sim ( ) Não

10) É diabético(a)? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? \_\_\_\_\_

11) É asmático(a)? ( ) Sim ( ) Não



## BERÇÁRIO PLANETA BABY

Rua: José Vanderlei Marconi n°158 Pq. Res. Oratório-Guairaca-Sp. CEP: 03266-030.

Fone: 11 967003-962 / CNPJ: 24.446.118/0001-06

12) Está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

13) Possui Transtorno do Espectro Autista? ( ) Sim ( ) Não

14) Está fazendo algum acompanhamento com especialista? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

15) Está ingerindo medicação específica? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

16) Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsável pelo(a) aluno(a), quem deverá ser avisado?

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

17) O(A) aluno(a) possui algum plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

18) Em caso de necessidade, o(a) aluno(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica? \_\_\_\_\_

Endereço do hospital ou clínica: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

19) O(A) aluno está autorizado(a) a praticar normalmente as atividades físicas  
( ) Sim ( ) Não

20) Utilize este espaço para colocar outros dados que considera importante e que servirão para um melhor atendimento do(a) aluno(a):

---

---

---

---

---

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável