



ANEXO II
TERMO DE DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

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): _____

Contratante (Responsável Financeiro): _____

Responsável Pedagógico: _____

Pediatra: _____ () Alopata () Homeopata

Telefones: _____

Outros Médicos: _____

Especialidade: _____ Telefones: _____

Em situação de emergência procurar:

Nome: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____

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

OBS: Opcional

2. Em caso de febre, que medicamento poderá ser dado? Em que quantidade? A partir de que temperatura?

3. Faz uso regular de algum medicamento?

Em casa: _____

Na escola: _____

OBS: O CONTRATANTE está ciente de que o aluno 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. O(a) aluno(a) possui Plano de Saúde? Em caso positivo, qual? _____

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



OBS: Não havendo indicação por escrito de hospital ou, diante da urgência, não sendo possível encaminhar o(a) ALUNO(A) BENEFICIÁRIO(A) à unidade estipulada, será levado(a) à unidade de saúde mais próxima ou a qualquer outra que tenha condições de efetuar o atendimento adequado.

6. O(a) aluno(a) é alérgico(a) – ex: alergia respiratória, de pele, alimentar, etc.? Especificar em caso afirmativo:

6.1. O(a) aluno(a) é alérgico(a) a algum medicamento? Qual(is)?

6.2. Cuidados que precisam ser tomados na escola:

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

8. O(a) aluno(a) possui doença congênita? () Não () Sim Qual?

9. Tem hipertensão: () Não () Sim

10. É hemofílico? () Não () Sim

11. É diabético? () Não () Sim Em caso afirmativo, depende de insulina? () Não () Sim

12. É epilético: () Não () Sim Em caso afirmativo, está em tratamento? () Não () Sim

13. Já teve convulsão? () Não () Sim De que tipo: _____

Faz uso de medicação? () Não () Sim Quais? _____

14. É asmático? () Não () Sim

15. Possui alguma alteração visual? () Não () Sim

Em caso afirmativo, usa óculos ou lente de contato? () Não () Sim

16. Possui alteração auditiva? () Não () Sim



Qual a proposta de tratamento? _____

17. É deficiente físico? () Não () Sim

18. O(a) aluno(a) possui alguma deficiência transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação?

() Não () Sim 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.

19. Está com o esquema vacinal básico (Posto de Saúde e campanhas) em dia? () Não () Sim

20. Foram feitas outras vacinas em clínica de vacinação? Quais? Quando?

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

() Não () Sim Quais?

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

a) Oftalmológico: _____

b) Audiometria: _____

c) Parasitológico: _____

23. Faz atendimento:

a) Fonoaudiológico? Há quanto tempo? _____

b) Psicológico? Há quanto tempo? _____

c) Neurológico? Há quanto tempo? _____

d) Outros: _____ 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:



CENTRO EDUCACIONAL MISSÃO DE SÃO PEDRO

CNPJ: 32.103.673/0002-44

Reconhecimento: 7877/87 DAT

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.

DECLARAÇÃO

Declaro que o(a) aluno(a) _____ () **NÃO** possui () **POSSUI** necessidade de apoio educacional diferenciado ou doença que o(a) impeça(a) 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 responsável 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.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Responsável Financeiro (Contratante)

Pai/Mãe/Responsável pelo aluno