



SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO PBSCJ PROVÍNCIA BRASILEIRA SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

CNPJ: 17.366.932/0001-55 - Inscrição Estadual: Isenta
Rua Tucuna, 799 - Perdizes – 05021-010 - São Paulo/SP
Fone: (11) 3202-8700

SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO – COLÉGIO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS

CNPJ: 17.366.932/0003-17 - Inscrição Estadual: Isenta
Rua Caraíbas, 882 – Vila Pompeia – 05020-000 – São Paulo/SP
Fone: (11) 3202-8500

FICHA DE ENFERMAGEM – Ano letivo 2025

É vedado ao COLÉGIO ministrar qualquer tipo de medicação aos estudantes, salvo em casos excepcionais, com a devida prescrição médica e medicamento.

Etapa/Ano/Série: _____ Período: () Manhã () Tarde

DADOS DO(A) ESTUDANTE

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____
Telefone residencial: _____ Celular: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

DADOS DA MÃE

Nome: _____
Telefone comercial: _____ Celular: _____
Email: _____

DADOS DO PAI

Nome: _____
Telefone comercial: _____ Celular: _____
Email: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (CASO NÃO SEJA PAI OU MÃE)

Nome: _____
Telefone residencial/comercial: _____ Celular: _____
Email: _____



**EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO(A)
ESTUDANTE, QUEM DEVERÁ SER AVISADO ?**

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Tem algum Plano de Saúde? () Sim () Não Qual? _____

**EM CASO DE NECESSIDADE, O(A) ESTUDANTE DEVERÁ SER REMOVIDO PARA QUAL HOSPITAL
E/OU CLÍNICA?**

Nome do Hospital / Clínica: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

DADOS DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Peso: _____ Altura: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Possui algum destes problemas de saúde?

() Diabetes () Convulsão () Bronquite () Rinite () Enxaqueca () Sinusite () Coração () Hipertensão
() Alergia alimentar, qual? _____

Se outros, especificar: _____

Faz uso de medicações? () Sim () Não

Quais? _____

Já teve alguma dessas doenças:

() Catapora () Sarampo () Caxumba () Rubéola () Outros

Se outros, especificar: _____

É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Está ingerindo medicação específica? () Sim () Não

Quais? _____

Vacinação: () Completa para a idade () Incompleta para a idade

Especifique: _____

Foi vacinado para gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2024? () Sim () Não

Já testou positivo para a Covid-19? () Sim () Não



Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? () Sim () Não

Autoriza informar dados vacinais aos órgãos públicos, se solicitados? () Sim () Não

Faz uso de homeopatia ou alopatia? () Homeopatia () Alopata

É epilético? () Sim () Não

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

É hemofílico? () Sim () Não

É deficiente visual? () Sim () Não

É deficiente físico? () Sim () Não

É diabético? () Sim () Não

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

É asmático? () Sim () Não

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

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

O(a) estudante possui alguma necessidade especial? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Seu(sua) filho(a) já sofreu alguma fratura? () Sim () Não

Se sim, onde: _____

Seu(sua) filho(a) vem e volta para o Colégio de que forma?

() A pé, sozinho () Alguém sempre vem trazê-lo () De ônibus e sozinho () Com transporte escolar

OUTRAS INFORMAÇÕES

O(A) estudante apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas?

() Sim () Não

Especifique: _____

Em caso afirmativo, o estudante deverá trazer o **atestado médico**.



Caso seja constatado estado febril ou outro sintoma de alteração no(a) estudante a Enfermeira entrará em contato, imediatamente, com o pai e/ou responsável.

Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser, imediatamente, comunicadas a Enfermaria e a equipe de Coordenação.

As Informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável