**

Educação Infantil

**2025**

**FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA**

(FICHA MÉDICA)

| **DADOS DO ALUNO** |
| --- |
| Nome do(a) aluno(a): | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Raça / Cor: | **[ ]  Branca** | **[ ]  Preta** | **[ ]  Parda** | **[ ]  Amarela** | **[ ]  Indígena** | **[ ]  Não declarada** |
|  Turma: | **Escolher um item.** |
| Endereço completo:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** | Local:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Com quem o aluno mora? | [ ]  Pais | [ ]  Pai | [ ]  Mãe | [ ]  Outro |
| *Outro responsável*, especificar:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **FAMILIAR** |
| Nome do pai: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |
| Empresa em que trabalha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| E-mail: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Comercial: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Nome da mãe: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de Nascimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |
| Empresa em que trabalha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| E-mail: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Comercial: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone Res. do Resp.: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **SAÚDE DO ALUNO** |
| Tipo sanguíneo:  | **[ ] A+** | **[ ] A-** | **[ ]  B+** | **[ ]  B-** | **[ ]  AB+** | **[ ]  AB+** | **[ ] O+** | **[ ]  O-** |
| O médico do aluno é:  |  **[ ]  Alopata** |  **[ ]  Homeopata** |
| Nome do médico: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Endereço: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno é alérgico a algum medicamento?  |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno tem alergia alimentar?  |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Em caso de febre alta, **não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno,** qual medicamento poderá ser utilizado?  |
| **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno tem doença congênita? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Qual?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas? |
| [ ]  Caxumba | [ ]  Sarampo | [ ]  Rubéola | [ ]  Catapora | [ ]  Escarlatina | [ ]  Coqueluche |
| Outras, quais?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Quando?  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| É Epilético?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| É Hemofílico?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Tem Hipertensão?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| É Asmático?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Está em tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| O aluno possui necessidade Educacional Especial? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| **Tipo de necessidade:** |
| [ ]  MÚLTIPLA | [ ]  AUTISTA INFANTIL | [ ]  FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL | [ ]  SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA |
| [ ]  CEGUEIRA | [ ]  SURDO CEGUEIRA | [ ]  SÍNDROME DE DOWN | [ ]  SURDEZ LEVE OU MODERADA |
| [ ]  BAIXA VISÃO | [ ]  FÍSICA – CADEIRANTE | [ ]  SÍNDROME DE ASPERGER | [ ]  TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA |
| [ ]  INTELECTUAL | [ ]  FÍSICA OUTROS | [ ]  SÍNDROME DE RETT | [ ]  ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO |
| É Diabético?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Depende de Insulina? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Está fazendo algum tipo de tratamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim (Especifique abaixo)** |
| Tratamento:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| O aluno está ingerindo medicação específica? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim (Especifique abaixo)** |
| Medicação:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **INFORMAÇÕES GERAIS** |
| O aluno vem para a escola de que forma?  | **[ ]  Alguém sempre vem trazê-lo** | **[ ]  Transporte Escolar** |
| **ANTECEDENTES PESSOAIS** |
| **Gestação (dados sobre a mamãe):** |
| Desejada  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Transfusões | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Programada  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Quedas | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Tratamento pré-natal  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
|  **[ ]  Rubéola** | **[ ]  Toxoplasmose** | **[ ]  Sífilis** |
| Tomou algum medicamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Qual? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Motivo:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Parto:** | **[ ]  Normal** | **[ ]  Cesariana – motivo:**  | **Clique aqui para digitar texto.** |
|  **[ ]  Prematuro** |  **Clique aqui para digitar texto.** meses |
| Foi usado fórceps no parto?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| **Condições da criança:** |
|  **[ ]  Anóxia (nasceu roxinho)** | **[ ]  Icterícia** | **[ ]  Choro imediato** | **[ ]  Demorou a chorar** |
| Tomou algum medicamento? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Ficou na UTI/incubadora?  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Motivo:  | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Alimentação:** |
| Seio  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | até | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Mamadeira | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | até | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Copinho | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Alimentação pastosa | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | início | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Alimentação sólida | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | início | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Alimentação pastosa | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | início | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Preferência alimentar: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Restrição alimentar: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Desenvolvimento Psicomotor: Sustentação:** |
| Sentou com apoio | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Sentou sem apoio | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Engatinhou quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Andou com apoio quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Andou sem apoio quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
|  **[ ]  Corre** | **[ ]  Pula** |
| Faz atividade física | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Qual/Quais? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Desenvolvimento da linguagem** |
| Balbuciou: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Início: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Começou a falar com: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Rouquidão: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Em que situação: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Vocabulário: | **[ ]  Rico** | **[ ]  Pobre** | **[ ]  Médio** |
| Expressão verbal: | **[ ]  Boa** | **[ ]  Ruim** | **[ ]  Média** |
| Canta: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Fala muito sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Gosta de gritar: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Em que situação grita? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Desenvolvimento Pessoal: Sono:** |
| Dorme sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Dorme ou dormiu com os pais, até quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Luz apagada: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Tipo de sono: | **[ ]  Tranquilo** | **[ ]  Agitado** | **[ ]  Acorda muitas vezes** |
| Observações: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Sonambulismo: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Frequência | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Pesadelos: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Frequência | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Fala dormindo: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Frequência | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Enurese noturna (xixi na cama): | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Frequência | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Até quando? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Baba? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Respiração bucal? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| **Higiene:** |
| Já retirou a fralda? | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Controle de esfíncteres (xixi e cocô) | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Observações: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Escovação de dentes: | **[ ]  Boa vontade** | **[ ]  Má vontade** | **[ ]  Ainda não escova** |
| Banho: | **[ ]  Gosta** | **[ ]  Foge** | **[ ]  Se perfuma** | **[ ]  Se penteia** |
|  **[ ]  Rói unha** | **[ ]  Dedo no nariz** |
| Outros hábitos: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  Chupa o dedo | [ ]  Pisca muito | [ ]  Tiques | [ ]  Movimentos rítmicos |
| Tricotilomania (arranca os cabelos): | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Observações: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Independência:** |
| Veste-se sozinho:  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Toma banho sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Abotoa roupas:  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Escova dentes sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Amarra cadarço:  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Penteia cabelo sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Faz nós:  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Come sozinho: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| **Sociabilidade:** |
| Interage bem com: | Pais: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Irmãos: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Outros parentes: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Colegas: | **[ ]  Maiores** | **[ ]  Menores** | **[ ]  Mesma idade** |
| **Doenças apresentadas:** |
| [ ]  Caxumba | [ ]  Sarampo | [ ]  Encefalite | [ ]  Rubéola |
| [ ]  Catapora | [ ]  Varíola | [ ]  Meningite | [ ]  Asma |
| Acidentes: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Alergias: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Convulsões: | **Clique aqui para digitar texto.** | Frequência | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Desmaios: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Problemas de saúde na família:** |
| [ ]  **Retardo**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Paralisia**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Epilepsia**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Asma**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Cegueira**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Surdez**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Disritmia**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Consanguinidade**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Doenças nervosas**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Alcoolismo**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| [ ]  **Outros tóxicos**.  | Quem? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Qual? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Outras: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **Cirurgias:** |
| Adenóide:  | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** | Amígdala: | **[ ] Não** | **[ ]  Sim** |
| Outras: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **EMERGÊNCIA** |
| O aluno possui algum Plano de Saúde? |  **[ ] Não** |  **[ ]  Sim** |
| Qual? | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Nº da Carteirinha: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica? |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Parentesco: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| *No caso do estudante ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante da escola, esta se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção do estudante.*  |
| Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado? |
| Nome: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Parentesco: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Telefone: | **Clique aqui para digitar texto.** | Celular: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| **OBSERVAÇÕES:** |
| * ESTA FICHA É A REFERÊNCIA QUE A ESCOLA UTILIZA PARA DIRIMIR DÚVIDAS A RESPEITO DA SAÚDE E AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE CADA CRIANÇA. ELA CONTÉM IMPORTANTES INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, NECESSIDADES ESPECIAIS E OUTRAS.
* QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À COORDENAÇÃO.
* AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM, E POSSUEM CARÁTER SIGILOSO.
 |
| [ ]  **ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA.** |
| Responsável pelo preenchimento da Ficha Médica: | **Clique aqui para digitar texto.** |
| Data de preenchimento: | **Clique aqui para inserir uma data.** |