



FICHA DE SAÚDE DO ESTUDANTE

() PARLAMENTO INFANTO-JUVENIL CEARENSE 2012

() PARLAMENTO JOVEM CEARENSE 2012

Nome do Estudante: _____

Escola: _____

Série: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

• *Contatos*

Em caso de urgência, entraremos em contato com as pessoas indicadas abaixo:

Pai: _____

Telefones: _____, _____ e _____

Mãe: _____

Telefones: _____, _____ e _____

Outro(s) responsável(is) que possa(m) ser chamado(s) em caso de acidente:

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Telefone: _____

• *Informações sobre convênio*

Convênio Médico: _____

Nº de matrícula: _____

• *Histórico médico*

O (a) estudante tem alergia ou restrição a algum tipo de medicação? E/ou alimento? Qual (is)?



**Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará**

O (a) estudante tem algum problema de saúde crônico ou algum tipo de doença mais freqüente?

Neste caso, que cuidados ou medicações são necessários?

• *Informações complementares*

Responsável por estas informações:

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____