



☐ ENSINO FUNDAMENTAL ANOS INICIAIS ☐ ENSINO FUNDAMENTAL ANOS FINAIS ☐ ENSINO MÉDIO

OBJETIVO DO FORMULÁRIO

Este formulário tem como objetivo coletar informações de saúde do(a) aluno(a), garantindo segurança, bem-estar e atendimento adequado durante o período escolar. As informações são confidenciais e de uso exclusivo da escola.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome completo do (a) aluno (a): _____
Data de nascimento: _____ Série/Ano: _____ Turma: _____

DADOS DO(A) RESPONSÁVEL LEGAL

Nome completo do(a) responsável legal: _____
Grau de parentesco: _____ Telefone de contato: _____ E-mail: _____

CONTATO PARA EMERGÊNCIA

Nome: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O(a) aluno(a) possui plano de saúde: ☐ Não ☐ Sim Qual? _____
Médico(a) de referência: _____ Telefone de contato: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O(a) aluno(a) possui alguma condição de saúde diagnosticada? ☐ Não ☐ Sim
Indique a(s) condição(ões) de saúde: ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Cardiopatia ☐ Transtornos neurológicos ☐ Transtornos alimentares
Outras: _____

USO DE MEDICAMENTOS

O(a) aluno(a) faz uso contínuo de medicamento(s): ☐ Não ☐ Sim

Nome do Medicamento	Dose	Horário

Autoriza a administração do medicamento pela escola, conforme orientação médica: ☐ Não ☐ Sim

RESTRIÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O(a) alun(a) possui restrições alimentares: ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

O(a) aluno(a) tem restrição a algum medicamento? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Há restrições para atividades físicas: ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Outras orientações importantes: _____

VACINAÇÃO

A carteira de vacinação está atualizada? ☐ Não ☐ Sim ☐ Em andamento

Atenção:

- . as carteiras de vacinação que estiverem em andamento têm o prazo de 30 dias para serem entregues (a cópia) na secretaria da escola, a partir do dia 09/02/2026.
- . a apresentação da carteira de vacinação atualizada é obrigatória para a matrícula ou rematrícula de crianças e adolescentes de até 18 anos, em escolas públicas e privadas no Brasil, conforme legislações federais, estaduais - Lei 19.534/2018) e o programa nacional de vacinação (Lei 14.886/24).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a escola a prestar os primeiros socorros ao (à) aluno (a) utilizando o seguro da escola TOKIO MARINE e, se necessário, encaminhá-lo (a) para atendimento médico, comunicando imediatamente os responsáveis legais.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e autorizo os procedimentos descritos acima.

Campos dos Goytacazes, ____ / ____ / ____ .

Assinatura do(a) responsável

**CENTRO EDUCACIONAL
NOSSA SENHORA AUXILIADORA**

Rua Salvador Correa . 139 . Campos dos Goytacazes . RJ
CNPJ 28.955.961/0001-79



 (22) 2726.2700
 www.censa.edu.br
 /censaoficial
 @censaoficial