

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: _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDETipo sanguíneo: _____ O(a) alun(a) possui alguma doença diagnosticada? ☐ Não ☐ Sim

Indique a(s) condição(ões) de saúde:

☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Cardiopatia ☐ Transtornos neurológicos ☐ Transtornos alimentares ☐ Insetos ☐ Medicamentos☐ Outras Identifique: _____Intolerância alimentar: ☐ Não ☐ Sim Quais alimentos? _____Há restrições para atividades físicas? ☐ Não ☐ Sim Qual: _____

Outras orientações importantes: _____

USO DE MEDICAMENTOSO(a) alun(a) faz uso contínuo de medicamento(s): ☐ Não ☐ Sim

Nome do Medicamento	Dose	Horário

Importante: Para que a medicação seja ministrada na escola, em caso excepcional e obrigatório, a autorização médica deverá ser encaminhada a orientadora educacional com antecedência.

NECESSIDADES ESPECIAIS OU CUIDADOS ESPECÍFICOSPossui alguma condição que exija atenção especial na escola: ☐ Não ☐ Sim Descreva: _____

CONTATO PARA EMERGÊNCIA

Nome 1:	Telefone:
Nome 2:	Telefone:
Nome 3:	Telefone:
Nome 4:	Telefone:

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 rematricula 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.

CONVÊNIO MÉDICO

O(a) alun(a) possui plano de saúde: ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Hospital de referência: _____

Médico(a) de referência: _____ Telefone de contato: _____

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