

INFORMAÇÕES MÉDICAS E NUTRICIONAIS

Aluno: _____

Informante: () Pai () Mãe () Responsável

Apresenta alergia alimentar? _____

Quais? _____

Telefone de urgência: _____

Pediatra: _____

Tel. Consultório: _____ Celular: _____

Médico da família: _____ Especialista: _____

Tel. Consultório: _____ Celular: _____

Odontopediatra: _____

Tel. Consultório: _____ Celular: _____

Hospital: _____

Alergias: _____

Procedimento em caso de crise alérgica: _____

Antitérmico: _____

Convulsão c/ febre: _____

Em caso de acidente na Escola tentaremos entrar em contato imediato com os pais. Se isso não for possível, necessitaremos de sua autorização para encaminharmos seu (a) filho (a) ao hospital mais próximo.

() Autorizado () Não autorizado

Observações gerais: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL.

VITÓRIA _____ DE _____ DE 2016.