

# FORMAÇÃO TOCÁ RUFAR - ORQUESTRA TOCÁ RUFAR

## FICHA DE IINFORMAÇÃO MÉDICA

(p.f. preencher e devolver)



Membro da  
Rede de  
Associações e  
Clubes para a  
UNESCO

**A - Nome aluno** \_\_\_\_\_

Escola que frequenta: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### B - Dados sobre o(a) aluno(a)

1. O aluno(a) vive com: pais ( ) só pai ( ) só mãe ( ) outros ( ) quem? \_\_\_\_\_

2. Doenças que já teve: \_\_\_\_\_

3. Alergias: na pele ( ) alimentar ( ) bronquite ( ) rinite ( ) outra ( ) \_\_\_\_\_

4. Teve problemas no crescimento? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

5. Teve atraso no desenvolvimento? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

6. Tem alguma dificuldade de: ver ( ) falar ( ) ouvir ( ) andar ( ) outro ( ) \_\_\_\_\_

7. Tem ou teve problema no coração? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

8. Faz acompanhamento desse problema? SIM ( ) NÃO ( ) Onde? \_\_\_\_\_

9. Tem alergia a algum medicamento? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

10. Tem intolerância a lactose? SIM ( ) NÃO ( )

11. Tem intolerância ao glúten? SIM ( ) NÃO ( )

12. Tem alguma deficiência? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

13. Usa alguma prótese? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

14. Tem ou teve desmaio ou convulsão? SIM ( ) NÃO ( )

15. Toma alguma medicação? SIM ( ) NÃO ( ) Qual? \_\_\_\_\_

16. Tem diabetes? SIM ( ) NÃO ( )

17. Faz algum tratamento especializado? psicólogo ( ) fonoaudiólogo ( ) terapia ocupacional ( )  
outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**C - Outras observações** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Assinatura encarregado de educação: \_\_\_\_\_