

DADOS PESSOAIS DO ALUNO

NOME DO ALUNO: _____

CPF: _____ **RG:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE FIXO: _____ **CELULAR:** _____

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL _____

CPF: _____ **RG:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

E-MAIL _____

TELEFONE FIXO: _____ **CELULAR:** _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

- **O EDUCANDO POSSUI ALGUMA ENFERMIDADE QUE DEVE SER ALERTADA?**

() SIM () NÃO , CASO SIM QUAL? _____ ;

- **O EDUCANDO FAZ USO HABITUAL DE ALGUM MEDICAMENTO?**

() SIM () NÃO , CASO SIM QUAL? _____ ;

- **O EDUCANDO POSSUI ALGUM CONVÊNIO MÉDICO?**

() SIM () NÃO , CASO SIM QUAL? _____ ;

➤ **NO CASO DE EVENTUAL ACIDENTE OU INDISPOSIÇÃO MÉDICA (PASSAR MAL) O EDUCANDO DEVE, PREFERENCIALMENTE, SER ENCAMINHADO PARA ALGUMA UNIDADE MÉDICA?**

() SIM () NÃO , CASO SIM QUAL? _____;

➤ **NO CASO DE EVENTUAL ACIDENTE OU INDISPOSIÇÃO MÉDICA (PASSAR MAL) A FACULDADE DEVERÁ CONTACTAR QUEM? _____; GRAU DE PARENTESCO? _____; TELEFONE (S) DE CONTATO _____;**

➤ **CASO A PESSOA ACIMA INDICADA NÃO TENHA DOMICÍLIO EM GUANAMBI FORNECER O NOME E CONTATO DE OUTRA PESSOA QUE RESIDA NA CIDADE PARA EVENTUAL CONTATO NOME _____ TEL _____**

➤ **NO CASO DE EVENTUAL ACIDENTE OU INDISPOSIÇÃO MÉDICA (PASSAR MAL) O EDUCANDO DEVE, PREFERENCIALMENTE, SER ENCAMINHADO PARA ALGUM PROFISSIONAL MÉDICO?**

() SIM () NÃO , CASO SIM QUAL? _____;

OBS: _____

PERÍODO: 2018.1

Data _____

ASSINATURA DO ALUNO OU RESPONSÁVEL LEGAL