



Entidade Mantenedora: Instituto de Gestão Educacional Signorelli Ltda. - CNPJ 07.436.988/0001-85
Autorizado pela Resolução SEEDUC nº 3952/08, Publicada no DOE em 14/05/2008.
www.colegiosignorelli.com.br **Tel.: (21) 3312-3035**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Aluno (a): _____

Ensino: () Fundamental () Médio Ano/Série: _____ Turma: _____

1. O aluno sofre de alguma doença ou exige algum cuidado especial? () Sim () Não

Qual: _____

2. Faz uso regular de algum tipo de medicamento? () Sim () Não

Qual: _____ Motivo: _____

3. Tem restrição a algum tipo de medicamento? () Sim () Não

Qual: _____ Motivo: _____

4. É portador de necessidades especiais? () Sim () Não

Explique: _____

5. O aluno possui alguma alergia? () Sim () Não

Qual: _____

6. Está filiado a algum plano de saúde? () Sim () Não

Qual: _____

6.1 A escola está autorizada a acionar o plano de saúde em caso de urgência/emergência? () Sim () Não

7. Hospital para encaminhamento em caso de urgência/ emergência: _____

8. Em caso de necessidade/urgência entrar em contato com:

| Nome por ordem de prioridade | Grau de parentesco | Telefone(s) |
|------------------------------|--------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

9. Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

A Escola não se responsabilizará por fornecer/ministrar qualquer tratamento, medicamento ou terapia, em caráter definitivo ou provisório, ainda que vise atenuar sintomas corriqueiros como: febre, dor de cabeça ou cólica.

RJ, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável