



BILINGUAL INTERNATIONAL SCHOOL

INFORMAÇÃO MÉDICA DO ESTUDANTE

TIPO SANGUÍNEO	
-------------------	--

Foto

Sobrenome:

Primeiro Nome:

Data de Nascimento: dd / mm / yyyy

Idade: _____

Gênero: Masculino

Feminino

Informação do médico de família: (se disponível)

Nome Completo	Números de telefone	Endereço

Informação dos Pais:

Pai / Guardiã

Mãe

	Pai / Guardiã	Mãe
Nome Completo		
Números de telefone		
Número de Trabalho		
Endereço de Trabalho		

Nome Completo	Números de telefone	Relação	Endereço

Contatos para ligar em caso de emergência quando os pais não podem ser alcançados:

Informações gerais de saúde:

- Any learning or behavioral issues?

Dislexia
 ADD/ADHD
 Necessidades Comportamentais
 Dificuldade de Aprender
 outro

- Quaisquer preocupações sobre a saúde geral? Sim Não

Se sim especificar: _____

- Qualquer medicamento de prescrição (diariamente ou ocasionalmente)? Sim Não

Se sim especificar: _____

- Qualquer problema com visão, audição ou fala (óculos, contatos, tubos auditivos, aparelhos auditivos)? Sim Não

Se sim especificar: _____

- Qualquer hospitalização, operação ou doença grave? Sim Não

Se sim especificar: _____

- Alguma alergia (comida, insetos, medicamentos)?

Se sim especificar: _____

_____ Sim Não

Confirmo e assumo a responsabilidade pelas informações fornecidas neste formulário que são verdadeiras, completas e precisas, e entendo que a escola se reserva o direito de dispensar o aluno sem qualquer reembolso caso as informações sejam comprovadamente imprecisas.

Nome Completo: _____ Data: _____

Assinatura: _____