ESTADO DE ALAGOAS
CASA-ESCOLA MONTESSORIANA LTDA
COLÉGIO MARIA MONTESSORI
Rua Papa João Paulo I, 30 Gruta de Lourdes - Maceió - AL. CEP: 57052-635
www.montessori-al.com.br
montessori@montessori-al.com.br
Reconhecimento do Curso de 1º Grau – Decreto nº 35.093 de 08 de outubro de 1991, publicado no D. O.E. de 09/10/1991
Autorização do Curso de 2º Grau – Portaria nº 509/94, publicada no D.O.E. de 22/06/1994.
Mudança de denominação – Portaria Nº 945/98, publicada no D.O.E. de 23/07/1998.
Renovação do Credenciamento e do Reconhecimento do Ensino Fundamental (1ª à 8ª série) – Decreto Nº 37.679 de 14 de agosto de 1998, publicado no D.O.E. de 15/08/1998.
Reconhecimento do Ensino Médio – Decreto Nº 38.157 de 19 de outubro de 1999, publicado no D.O.E. de 20 de outubro de 1999.
Renovação do Credenciamento e renovação do Reconhecimento do Ensino Fundamental (1º ao 9º ano) e do Ensino Médio, e dá outras providências – PORTARIA/SEDUC Nº. 2.482/2018.

FICHA MÉDICA

Nome do Aluno	Data de Nascimento	Sexo	Data do Exame	Código

Nível	Ano/Série	Turma	Turno

Peso	Estatura	Pressão Arterial	Pulso

EXAME FÍSICO

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

HISTÓRICO FAMILIAR

[ ]	Diabetes_____	[ ]	Hip. Arterial_____
[ ]	Epilepsia_____	[ ]	Dislipidemia_____

AVALIAÇÃO

[ ]Apto [ ]Inapto Temporário [ ]Inapto Definitivo

_____ _____
Local e data Assinatura do Médico

REAVALIAÇÃO

ANO	ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO	MÉDICO	APTO	INAPTO
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			
	Peso_____ Estatura_____ P.A._____ Pulso_____			

Exames Complementares Solicitados

_____
_____
_____

_____ _____
Local e data Assinatura do Médico

Observações

_____
_____

ANAMNESE

TIPO SANGUÍNEO:_____ RH:_____

01. POSSUI CONVÊNIO COM ENTIDADE MÉDICA? SIM[ ] NÃO[ ] QUAL?_____

02. PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA, ATUALMENTE?
SIM[ ] NÃO[ ] QUAL?_____ ONDE?_____

03. JÁ PRATICOU ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?
SIM[ ] QUAL?_____ POR QUANTO TEMPO?_____
HÁ QUANTO TEMPO INTERROMPEU?_____
NÃO[ ]

04. REGIME ALIMENTAR? SIM[ ] NÃO[ ] EMAGRECER[ ] GANHAR PESO[ ]

05. EXISTE RESTRIÇÃO MÉDICA AO ESFORÇO FÍSICO?
SIM[ ] QUAL?_____ NÃO[ ]

06. APRESENTA ALGUM PROBLEMA:
CARDÍACO[ ] MUSCULAR[ ] DIABETE[ ] RESPIRATÓRIO[ ] ARTICULAR[ ]

07. ALGUM OUTRO PROBLEMA?
SIM[ ] QUAL?_____ NÃO[ ]

08. USA ATUALMENTE ALGUM MEDICAMENTO?
SIM[ ] QUAL?_____ NÃO[ ]

09. É SENSÍVEL A ALGUM MEDICAMENTO?
SIM[ ] QUAL?_____

EM CASO DE NECESSIDADE COM QUEM ENTRAMOS EM CONTATO?
_____ FONE:_____

DATA:_____/_____/_____

_____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

REAVALIAÇÃO

ANO	ITEM Nº	TIPO DE ALTERAÇÃO	RESPONSÁVEL