

FORMULÁRIO DE RETORNO ÀS AULAS

Nome da criança: _____

Nome dos responsáveis: _____

Telefones para contato: _____

E-mails para contato: _____

A criança possui alguma dessas doenças?

- Diabetes mellitus. ()
- Doenças renais em estágio avançado (graus 3, 4 e 5). ()
- Obesidade. ()
- Imunodepressão. ()
- Doenças respiratórias (asma, bronquite, tuberculose e etc). ()
- Hipertensão. ()
- Cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, arritmias). ()
- Outras (). Quais?

Por favor, enviar junto com este formulário preenchido e assinado os seguintes documentos:

- Cópia da carteira de vacinação atualizada;
- Cópia da receita de antitérmico atualizada;
- Criança que pertence ao grupo de risco deve apresentar um laudo médico que autoriza a sua permanência na escola.

Assinatura do responsável

Assinatura do RT saúde