



JARDIM INFÂNCIA D. JOSÉ DA COSTA NUNES

Questionário de Saúde dos Alunos

_____/____/____

Este questionário deve ser preenchido pelos Pais/Encarregado de Educação do(a) aluno(a).

Nome do(a) aluno(a): _____

Sexo: M/F

Grupo: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

Morada: _____

É muito importante para a Escola ter conhecimento do estado de saúde dos alunos para melhor prevenir possíveis acidentes e para mais eficazmente planear as aulas de Educação Física e outras actividades desportivas.

Neste sentido, por favor complete o quadro que se segue colocando um “✓” nas colunas do “Sim” ou “Não”, preenchendo também a coluna dos “Detalhes” quando considerar necessário.

Item	Sim	Não	Detalhes
1. A criança já esteve internada no hospital para tratamento médico, checkup ou operação?			
2. A criança está a tomar alguma medicação ou está a seguir algum tratamento médico?			
3. A criança já foi submetida a alguma transfusão de sangue?			
4. A criança alguma vez teve alguma das seguintes doenças?			
a) Doença cardíaca			
b) Sistema vascular			
c) Dores no peito (especialmente quando faz esforço)			
d) Hipertensão			
e) Batimento cardíaco irregular			
f) Palpitações e anormal batimento cardíaco			
g) Reumatismo			
h) Poliomielite			
i) Respiração irregular			
j) Coma			

Item	Sim	Não	Detalhes
k) Doenças do sistema respiratório (asma, enfisema pulmonar, bronquite)			
l) Diabetes			
m) Doença emocional que necessite de tratamento			
n) Epilepsia			
o) Feridas não saradas, artrite, doença das articulações e ossos			
p) Feridas na cabeça ou pescoço			
q) Deficiência motora: paralisia, surdez, cegueira, etc.			
r) Tuberculose			
s) Doença médica: estômago (ulcera), pâncreas, intestinos, bexiga, rins.			
t) Hérnia			
u) Doença endócrina			
v) Cancro ou tumor			
w) Sida			
5. Já sofreu de alguma doença crónica ou foi ferido severamente em algum acidente para além dos itens mencionados anteriormente?			
6. É alérgico a algum alimento ou medicamento?			

Por favor, coloque um “ ✓ ” no (quadrado) respectivo.

- O(a) meu(minha) filho(a)/educando(a) está apto(a) a participar nas aulas de Educação Física.
- O(a) meu(minha) filho(a)/educando(a) não está apto(a) a participar nas aulas de Educação Física. Junto o certificado de saúde passado pelo médico.
- Favor dispensar o(a) meu(minha) filho(a)/ educando(a) da participação das aulas de Educação Física no dia _____ e _____. Junto o certificado de saúde passado pelo médico.

Eu abaixo assinado, certifico que todas as informações dadas são verdadeiras.

Data: _____

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Encarregado de Educação: _____