



Todos os dados contidos nesta ficha são confidenciais. Somente a Direção e os Educadores responsáveis pelo estudante têm acesso aos mesmos. O objetivo desta ficha detalhada é conhecer o aluno(a) para recebê-lo(a) da melhor maneira possível. Preencha com carinho e atenção.

Aluno: _____ Série/turma: _____

1. Doenças que já teve:	Catapora () Meningite () Hepatite () Dengue () Pneumonia () Outras
2. Tem alergia ou intolerância a algum medicamento/alimento?	ALERGIAS: na pele () alimentar () bronquite () rinite () () Outras
3. Toma alguma medicação de forma continuada e/ou controlada?	SIM () NÃO () Qual? _____ Motivo?
4. Tem alguma doença crônica (diabete, asma...)?	SIM () NÃO () Qual?
5. Tem alguma dificuldade de:	Enxergar () Falar () Ouvir () Andar () Movimentar braços e pernas Outra () Qual?
6. Teve atraso no desenvolvimento	SIM () NÃO () Qual?
7. Faz ou alguma vez fez acompanhamento desse problema?	SIM () NÃO () Em caso de resposta positiva, preencher com o NOME, ESPECIALIZAÇÃO E CONTATO do profissional no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
8. É portador de alguma deficiência física ou mental?	SIM () NÃO () Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
9. Possui alguma necessidade educativa especial?	SIM () NÃO () Qual? _____ Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
10. Tem ou alguma vez teve qualquer acompanhamento profissional especializado além do pediatra (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo...)?	SIM () NÃO () Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente no campo OUTRAS OBSERVAÇÕES.
OUTRAS OBSERVAÇÕES (usar o verso se necessário)	

Nome e assinatura do responsável pelas informações:

_____ / _____ / _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

CONSIDERANDO que a Lei 13.146/15 determina que “toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”;

CONSIDERANDO que discriminação em razão da deficiência é toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência;

CONSIDERANDO que a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante;

CONSIDERANDO que é dever de todos comunicar à autoridade competente qualquer forma de ameaça ou de violação aos direitos da pessoa com deficiência;

CONSIDERANDO que a Lei 13.146/15 institucionalizou o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência capazes de aproveitamento da proposta pedagógica aprovada pelo órgão educacional, consoante expresso na letra “f”, I do art. 2º da Lei 7.853/89;

CONSIDERANDO que a Lei 13.146/15 instituiu a avaliação da deficiência como medida dos impedimentos e das consequentes limitações no desempenho de atividades, inclusive como meio de análise dos fatores socioambientais, psicológicas e pessoais;

CONSIDERANDO que o e. Tribunal/SC, no AI 2015027364-7, atribuiu às instituições de ensino a responsabilidade pela avaliação pedagógica dos educandos com deficiência quando necessária à classificação na série ou etapa adequada de escolarização,

Declaro que meu filho(a) _____

() TEM DEFICIÊNCIA, CONFORME LEI 13.146/15 e necessitará de atendimento educacional especializado e histórico escolar diferenciado, conforme Resolução 26/2019 do Conselho Estadual de Educação.

Declaro ainda, que tenho conhecimento que a instituição de ensino, para classificação do educando com deficiência na série ou etapa adequada, avaliará o desenvolvimento e a experiência pedagógica (art. 24 da Lei 9.394/96) exigindo laudo médico que aponte a natureza do impedimento e as consequentes limitações no desempenho de atividades, mais as conclusões do especialista em psicologia acerca dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais (§1º do art. 2º da Lei 13.146/15).

() NÃO TEM DEFICIÊNCIA CONHECIDA PELA FAMÍLIA.

DECLARO para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas na presente FICHA DE SAÚDE e neste TERMO DE RESPONSABILIDADE, peças indispensáveis e necessárias para conclusão do pedido de matrícula e/ou rematrícula junto a esta Instituição de Ensino são verdadeiras.

DECLARO, ainda, que tive acesso a todas as informações e esclarecimentos prestados para conclusão do processo de matrícula, assim como também estou ciente que a falsidade de qualquer declaração e/ou informação aqui prestada, no todo ou em parte, poderá configurar crime previsto no Código Penal Brasileiro ou no Estatuto do Deficiente, passível de apuração na forma da Lei, bem como, caso comprovado a má-fé, poderá ser denunciado ao Ministério Público e/ou Conselho Tutelar dessa Comarca, para as medidas que julgarem cabíveis, sem prejuízo de qualquer outra medida administrativa e/ou judicial.

Nada mais a declarar, ciente das responsabilidades das declarações e informações aqui prestadas, firmo a presente.

Local/Data: _____

Pai / Mãe ou Responsável legal

Pai / Mãe ou Responsável legal