



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: _____

01. Doenças que já teve

- ☐ - Catapora
- ☐ - Meningite
- ☐ - Hepatite
- ☐ - Dengue
- ☐ - Pneumonia
- ☐ - Outras

01.01 - Se foi assinalado a opção OUTRAS, citar qual ou quais doenças?

02. Alergia - Tem alergia ou intolerância a algum medicamento/alimento? Escolha

- ☐ - Pele
- ☐ - Alimentar
- ☐ - Bronquite
- ☐ - Rinite
- ☐ - Outras

02.01 - Se foi assinalado a opção OUTRAS, citar qual ou quais alergias?

03. Medicação - toma alguma medicação de forma continuada e/ou controlada?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

03.01 - Se toma alguma medicação, qual?

03.02 - Se toma alguma medicação, qual o motivo?

04. Doença - Tem alguma doença crônica (diabete, asma...)?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

05.01 - Tem Alguma dificuldade de?

- ☐ - Enxergar
- ☐ - Falar

- ☐ – Ouvir
- ☐ – Andar
- ☐ – Movimentar os braços e pernas
- ☐ – Outras

05.02 - Se foi assinalado a opção OUTRAS, qual ou quais outras dificuldades?

06. Teve algum atraso no desenvolvimento?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

06.01 - Se foi assinalado a opção SIM, qual?

06.02 - Faz ou alguma vez fez acompanhamento desse problema?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

06.03 - Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente.

07. É portador de alguma deficiência física ou mental?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

07.01 - Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente.

08. Possui alguma necessidade educativa especial?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

08.01 - Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente.

09 - Tem ou alguma vez teve qualquer acompanhamento profissional especializado como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo...?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

09.01 - Em caso de resposta positiva, descrever detalhadamente.

10. Outras observações

**ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO PESSOAS COM DEFICIÊNCIA- LEI
13.146/15**

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 artigo 2º da Lei 7.853/89;

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

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 conseqüentes limitações no desempenho de atividades, mais as conclusões do especialista em psicologia acerca dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais (§1º do artigo 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