

Nome: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nascimento: ____ / ____ / ____	Celular: _____
Pai: _____		Telefone: _____
Mãe: _____		Telefone: _____

Tipo Sanguíneo: _____	Convênio Médico / Qual: _____	
Médico Particular / Nome e Telefone: _____		
Está em Tratamento médico? Especifique: _____		
Já se submeteu a algum tipo de cirurgia? Qual? _____		
É alérgico a algum tipo de medicamento? Especifique: _____		
Outras alergias: _____	É portador de alguma doença crônica: _____	
Já teve ou é propensa a convulsão? Especifique: _____		
Sabe nadar: _____	Tomou vacina antitetânica: _____	Última dose: _____
Em caso de febre o que costuma tomar: _____	Qual a dose: _____	
Em caso de dor de cabeça o que costuma tomar: _____	Qual a dose: _____	
Em caso de dores musculares o que costuma tomar: _____	Qual a dose: _____	

Já apresentou ou apresenta alguns dos problemas a seguir:

<input type="checkbox"/> Dificuldade de cicatrização	<input type="checkbox"/> Disritmia	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas renais	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> Sangramento Nasal
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Rinite

Qualquer detalhes ou recomendação importante, favor anexar a esta ficha com a devida explicação. Em caso de necessidade de cuidados médicos, o aluno será encaminhado diretamente a clínicas particulares de acordo com nosso seguro saúde e posteriormente informamos aos pais/responsáveis.

Conforme as informações fornecidas, autorizo o menor desacompanhado a viajar com destino a: _____

Camisetas: P M G GG

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do pai ou responsável