**FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ALUNO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Colégio: | | Data da Viagem: |
| Nome do aluno: Celular: | | |
| facebook-3383596_960_720.png instagram-icone-icon-1.png | | |
| RG do aluno (obrigatório): CPF do aluno (obrigatório): | | |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | | Sexo: (   ) M      (   ) F |
| Email do responsável: | | |
| Telefone: | Celular: | |
| Nome Responsável: | | |
| Em caso de urgência, ligar para: | | |
| Tem plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº carteirinha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**Dados sobre o (a) aluno (a)**

|  |  |
| --- | --- |
| Dados Calendário vacinal: Atualizado (   )               Atrasado (   )                  Sem informação (   ) | |
| 1. Doenças que já teve: | catapora (   )  meningite (   )  hepatite (   )  dengue (   )  pneumonia (   ) outra (   ) \_\_\_\_\_\_  covid-19 (  ) |
| 2. Tem alguma alergia? | SIM ( ) NÃO ( ) Qual? |
| 3. Sofre de alguma doença respiratória: | asma (   )  bronquite (   )  sinusite (  ) outra (   )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Tem alguma dificuldade de: | enxergar (   )  falar (   )  ouvir (   )  andar (   ) movimentar braços e pernas (   ) |
| 5. Tem ou teve problema no coração? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 6. Está em tratamento médico ou psicológico? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 7. Toma alguma medicação? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? Para quê? |
| 8. Tem alergia a medicamento? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 9. Possui restrição alimentar? | SIM (   )  NÃO (   ) Qual? |
| 10. Usa prótese ou órtese? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 11. Tem ou teve desmaio ou convulsão? | SIM (   )  NÃO (   ) Quando? |
| 12. Já teve alguma fratura? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 13. Já se submeteu a cirurgia/ internado? | SIM (   )  NÃO (   )  Qual? |
| 14. Tem sonambulismo? | SIM (   )  NÃO (   ) |
| 15. Sabe nadar? | SIM (   )  NÃO (   ) OBS: |

**Remédios utilizados em caso de:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dor de cabeça: | Dor de garganta: | Dor de ouvido: |
| Febre: | Dor de barriga: | |
| Enjôo: | Diarréia: | |

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO** |
| Autorizo meu filho (a) a viajar e participar da viagem para o NR ACAMPAMENTOS no período de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Em caso de acidente ou enfermidade, autorizo o coordenador geral da viagem a tomar as providências médico-hospitalares que julgar necessárias, **bem como concordo com o afastamento imediato de meu filho (a) do evento em caso de qualquer sintoma relacionável com a COVID-19 para minimizar os riscos de transmissão a terceiros, obrigando-me a recolhê-lo imediatamente.** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade Data |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Pai ou Responsável |