

Nome do colégio _____ RECIBO N.º _____

FICHA DE SAÚDE INDIVIDUAL DO EXCURSIONISTA

Destino: _____ Período: ____/____ a ____/____/____

Nome: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Camisa: [] P [] M [] G [] GG [] XG E-mail: _____

R.G: _____ N.º. do Passaporte _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fones: _____

Filiação: _____ e _____

E-mail Pai _____

E-mail Mãe _____

Completo todo cartão de vacinas? [] sim [] não

Já tomou vacina Febre Amarela? [] sim [] não Quando? _____

(Esta vacina é obrigatória e tem validade de 10 anos, caso não esteja dentro do prazo de validade o excursionista deverá providenciar em até 10 dias antes da viagem. Maiores informações vide: <http://www.febreamarela.org.br/prevencao.html>)

Já tomou vacina ou soro antitetânico? [] sim [] não Quando? _____

É portador de alguma doença crônica? [] sim [] não Qual? _____

Neste caso que tipo de medicamento costuma tomar? _____

Faz uso constante de medicamento controlado? [] sim [] não Qual? _____

Caso positivo deverá levar o remédio consigo. Horário para posologia: _____

É alérgico? [] sim [] não A quê? _____

Tem alguma alergia alimentar? [] sim [] não A qual alimento? _____

Caso positivo, na crise alérgica apresenta edema de glote? [] sim [] não Que remédio costuma tomar? _____

É sonâmbulo ou tem alguma perturbação noturna? _____

Já tomou penicilina? [] sim [] não

Descreva de maneira geral o temperamento do excursionista:

É tímido [] sim [] não

É agressivo? [] sim [] não

É independente? [] sim [] não

Faz amigos com facilidade [] sim [] não

É a primeira vez que se separa da família? [] sim [] não

Tem hábitos de viajar? [] sim [] não

Tem hábito de esquecer ou perder objetos [] sim [] não

Tem enurese? [] sim [] não

Sabe nadar? [] sim [] não

Que cuidados especiais deveremos conferir a seu Filho? _____

* Tipo sanguíneo: _____ Fator RH _____

* Telefones de emergência: _____

Possui Plano de Saúde? _____ Qual o convênio e n.º de inscrição _____

COLEGAS DE QUARTO

Brasília, DF _____ de _____ de 20 _____

1º _____

2º _____

3º _____

Assinatura do responsável

Qualquer detalhe ou reclamação importante, favor enexar a esta ficha com a devida explicação. Em caso de necessidade de cuidados, o aluno é encaminhado diretamente às clínicas particulares de acordo com o nosso seguro saúde e posteriormente os pais ou responsáveis serão informados.

Confirmo as informações e autorizo o menor a participar da viagem com destino e períodos descritos nesta ficha.