



SGAS Q. 902 - Bloco A - Loja 50 - Edifício Athenas - Brasília-DF
Tel.: (61) 3202-0550 / 3323-2324 Goiânia (62) 3941-2318
Min. do Turismo.: DF10 - 03.628.143/0001-30
www.bichodaterra.com.br

FICHA MÉDICA

FAVOR PREENCHER COM INFORMAÇÕES ATUALIZADAS

ESCOLA:

SÉRIE/TURMA:

NOME:

ENDEREÇO:

CEP:

TELEFONE PARA CONTATO:

E-MAIL:

DATA DE NASCIMENTO: / /

RG ALUNO:

CERT. NASC. Nº:

LIVRO:

FOLHA:

NOME DO RESPONSÁVEL:

RG RESPONSÁVEL:

CPF:

MEDICAMENTOS

Faz uso de algum medicamento controlado?

Não.

Sim. Qual? Como deve ser ministrado?

Possui alergia a algum medicamento ou componente químico?

Não.

Sim. Qual?

REAÇÕES ALÉRGICAS

Qual é o tipo de alergia que possui?

Não possui alergias.

A alimentos. Quais?

A picada de insetos? Algum específico?

A algum componente químico de protetores solares, repelentes ou similares? Quais?

Outros. Quais?

Em caso de dor de cabeça, algum medicamento? Qual dosagem?

Em caso de febre, algum medicamento? Qual dosagem?

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E VACINAS

Seu(a) filho(a) possui algum problema cardíaco?

Não. Sim. Qual?

Seu(a) filho(a) possui algum problema de pressão?

Não. Sim. Qual?

Seu(a) filho(a) come carne?

Não. Sim.

Já tomou vacina contra febre amarela?

Quando tomou a vacina antitetânica?

Seu/a filho(a) sabe nadar?

Há alguma recomendação específica quanto a saúde de seu/a filho/a?

TIPO SANGÜÍNEO

Tipo: Fator RH:

AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu(a) filho(a), _____, no dia ____ / ____ / ____ ao dia ____ / ____ / ____ a participar da atividade para do Bicho da Terra e de professores da escola.

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura do responsável