



FICHA MÉDICA

SENHORES PAIS E RESPONSÁVEIS, COLOCAR TODOS OS DETALHES POSSÍVEIS.

Nome do Acampante: _____

Possui plano de saúde ou convenio medico? (Qual o plano e que tipo de cobertura) Mandar xerox RG e carteirinha do convenio _____

Tem algum problema de saúde? Qual?

Apresenta sonambulismo ou sono agitado? _____

Apresenta enurese? _____ Em caso positivo, como proceder? _____

Pode participar de atividades físicas normalmente?

Já tomou vacina antitetânica ? _____ Quando? ____/____/____.

Possui Bronquite? _____ Em caso positivo, como proceder? _____

Se o acampante estiver submetendo à algum tratamento, envie o remédio com as instruções de dosagem.

Nome do remédio: _____

Horario de ingestão: _____

Nome do remédio: _____

Horario de ingestão: _____

Nome do remédio: _____

Horario de ingestão: _____

Outras informações que julgar necessárias para o tratamento médico:

Assinatura do responsável : _____

www.acampamentobuscape.com.br

Acampamento - 11 4031-6738 – Tio Junior 11 94303-2733 whatsapp



www.acampamentobuscape.com.br

Acampamento - 11 4031-6738 – Tio Junior 11 94303-2733 whatsapp