

FICHA MÉDICA

SENHORES PAIS E RESPONSÁVEIS, COLOCAR TODOS OS DETALHES POSSÍVEIS.

Possui plano de saúde ou convenio médico? (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.

Tem alergia? _____ Em caso positivo á que tem alergia?

Nome do remédio: _____

Horario de ingestão: _____

Outras informações que julgar necessárias para o tratamento médico:

Usar atrás da folha para outras informações.

Assinatura do responsável : _____

Nome do Acampante: _____