

Nome: _____		
Data de nascimento: _____	Sexo: _____	Escolaridade: _____
Filiação: _____		
Endereço: _____		
Contato em caso de emergência (nome e parentesco): _____		
Telefones: _____		

Importante: Não se esqueça de levar os medicamentos que você costuma usar!

Tipo sanguíneo / RH: _____

Quais doenças de infância já apresentou?:

 Catapora Rubéola Caxumba Coqueluche Sarampo OutrasJá foi vacinado contra a COVID-19? Não Sim Há quanto tempo? _____Já foi vacinado contra tétano? Não Sim Há quanto tempo? _____É alérgico a algum medicamento? Não Sim Qual? Como proceder? _____É alérgico a algum alimento? Não Sim Qual? Como proceder? _____Tem alguma doença respiratória? Não Sim Qual? Como proceder? _____Já precisou ficar internado alguma vez? Não Sim Por que? _____Já fez alguma cirurgia? Não Sim Qual? Há quanto tempo? _____Tem problemas cardíacos? Não Sim Qual? Como proceder? _____Costuma ter infecções? Não Sim Qual? Como proceder? _____Costuma ter sangramentos? Não Sim Qual? Como proceder? _____Faz uso regular de antibióticos? Não Sim Qual? _____Faz uso de insulina? Não Sim Com que frequência? _____Tem ou já teve desmaio/convulsões? Não Sim Como proceder? _____

Algum problema de saúde nos últimos 12 meses? Qual? _____

Alguma doença que necessite usar medicamento todo dia?
Especifique: _____ Não SimFaz algum tratamento psicoterapêutico? Não Sim Qual? _____

Como proceder em caso de processo febril? _____

AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS OU TUTOR

Pela presente, declaro ter a guarda legal do menor mencionado anteriormente, e autorizo e dou meu consentimento para que "o coordenador" responsável providencie a primeira assistência ou tratamento médico caso o menor sofra lesões ou adoença durante a viagem.

PARENTS' OR LEGAL GUARDIAN'S AUTHORIZATION AND CONSENT

I hereby declare that I have legal custody of the here upon identified child, and authorize and consent that the "supervisor" take measures to assure first aid and medical treatment in case of any minor injuries or illness during the child's trip.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, tendo ciência de que em casos de omissão ou inexatidão negligente e/ou dolosa, estarei sujeito(a) à aplicação da legislação vigente (cível e criminal)

Nome: _____ CPF: _____

/ de _____ de 20 _____

(Cidade)**Assinatura**