



## FICHA DE SAÚDE PROGRAMA CULTURAL DE FÉRIAS

### DADOS DO PARTICIPANTE:

Nome Completo:  Sexo:  Feminino  Masculino

R.G. e/ou Passaporte:

Data de Nascimento:  Idade:

Tel. Residencial:  Tel. Celular:

### FILIAÇÃO:

Nome Completo do Pai:  E-mail:

Tel. Residencial:  Tel. Celular:  Tel. Comercial:

Nome Completo da Mãe:  E-mail:

Tel. Residencial:  Tel. Celular:  Tel. Comercial:

### ASSINALE AS DOENÇAS QUE JÁ FOI ACOMETIDO:

- Catapora       Caxumba       Coqueluche       Hepatite  
 Rubéola       Sarampo       Escarlatina  
 Outras (especifique):

### REMÉDIOS INDICADOS, EM CASO DE:

Dor de cabeça:  dose:

Febre:  dose:

Resfriado:  dose:

Dor de garganta:  dose:

Dor de ouvido:  dose:

Enjôo:  dose:

Diarreia:  dose:

Alergia:  dose:

Outras indicações:

## INFORMAÇÕES GERAIS:

É alérgico a algum medicamento?  Qual?

Toma algum medicamento regularmente?  Qual?

Sabe nadar?

Possui vacina antitetânica?  Data da vacinação:

É portador de alguma doença crônica?  Qual?

Apresenta crises de: asma, convulsão, desmaios ou sonambulismo?

## EXPERIÊNCIAS ANTERIORES:

Tem experiência de viagem internacional?  Sim  Não

Já participou de viagem sem companhia dos pais/familiares?  Sim  Não

Quanto tempo ficou distante da família?

Como costuma reagir a situações novas?

## EM CASO DE EMERGÊNCIA, CONTATAR ALÉM DOS PAIS:

1- Nome:  E-mail:

Endereço:  Bairro:

Cidade:  Estado:  CEP:

Telefones: Residencial:  Celular:

2- Nome:  E-mail:

Endereço:  Bairro:

Cidade:  Estado:  CEP:

Telefones: Residencial:  Celular:

## OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR IMPORTANTE:

-----  
Assinatura do Pai ou Responsável  
R.G.

-----  
Data