

Todas as informações fornecidas são confidenciais e só serão utilizadas em caso de necessidade emergencial durante a viagem

DADOS DO ALUNO/DOCENTE/TÉCNICO

Nome: _____

Data de nascimento: _____ RG: _____ CPF _____

Endereço: _____

Telefone celular: _____

CONTATOS DE EMERGÊNCIA (LISTE AO MENOS DOIS CONTATOS ABAIXO)

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Telefone celular: _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Telefone celular: _____

INFORMAÇÕES GERAIS E MÉDICAS SOBRE O ALUNO

ME RECUSO A FORNECER ESSAS INFORMAÇÕES

Tem Cartão Nacional de Saúde? Qual o seu número SUS? _____

Tem convênio médico?

Qual? _____

Número do cartão do convênio: _____

Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: _____ Sabe nadar? _____

Última vacina antitetânica: _____

Possui vacina antirrábica? _____

Apresenta algum medo ou insegurança? _____

Faz acompanhamento médico? Qual motivo? _____

Faz acompanhamento psicológico/psiquiátrico? _____

Já desenvolveu alguma doença grave no passado? _____

É portador de alguma doença crônica? Qual? _____

É necessário tomar algum medicamento durante a viagem? Quais horários e doses? *(O aluno deverá levar os medicamentos e a prescrição médica na viagem)*

Apresenta crises súbitas? (Ex.: asma, convulsão, desmaios) _____

Apresenta alguma necessidade especial? _____

Há algum mal que atividades físicas possam agravar? Especifique:

É alérgico a algum alimento, medicamento, picada de inseto, etc? Em caso de crise como proceder?

Deseja reportar alguma informação complementar? (não inclui preferencias alimentares)
