|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ALUNO | PASSAGEIRO | | | | | | | | |
| NOME DO ALUNO: | | | | | | | | |
| EMAIL DO ALUNO: | | | | | | TEL MÓVEL: ( ) | | |
| UNIDADE DE ENSINO: | | VIAGEM: | | | | | | SÉRIE | TURMA: |
| DATA DE NASCIMENTO: / / | | IDADE: | | | | | | SEXO ( ) M ( ) F |
|  | | | | | | | | |
| RESPONSÁVEL LEGAL | | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL: | | | | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | | CIDADE: | | | | | ESTADO: |
| TEL RESIDÊNCIAL: ( ) | | | | | | TEL MÓVEL: ( ) | | |
| EMAIL: | | | | | | | | |
| CONTATO ADICIONAL: | | | | | | | | |
| GRAU DE PARENTESCO: | | | | | | TEL MÓVEL: ( ) | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE SAÚDE | | | | | | | | |
| TIPO SANGUINEO: | | | | | | | | |
| CONVÊNIO MÉDICO: ( ) SIM ( ) NÃO | QUAL? | | | | | ATENDE: ( ) REGIONAL ( ) NACIONAL | | |
| MÉDICO PARTICULAR: | | | | | | TEL MÓVEL: ( ) | | |
|  | | | | | | | | |
| HISTÓRICO MÉDICO | | | | | | | | |
| **O ALUNO UTILIZA ALGUNS DESTES RECURSOS?** | | | | | | | | |
| ( ) MULETAS ( ) CADEIRA DE RODAS ( ) PRÓTESE ( ) ÓCULOS ( ) APARELHO AUDITIVO ( ) APARELHO ORTODÔNTICO | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NA INFÂNCIA JÁ APRESENTOU:** | | | | | | | | |
| ( ) CATAPORA ( ) SARAMPO ( ) RUBÉOLA ( ) CAXUMBA ( ) COQUELUCHE | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **POSSUI ALERGIA A:** | | | | | | | | |
| ( ) ALIMENTOS ( ) MEDICAMENTOS ( ) MOFO – POEIRA ( ) ANIMAIS ( ) SENSIBILIDADE AO SOL ( ) OUTROS | | | | | | | | |
| EM CASO DE ALERGIA, COMO PROCEDER? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | QUAL? | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **SOFRE OU JÁ SOFREU DE BULIMIA OU ANOREXIA?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | IDENTIFIQUE: | | | |
|  | | | | | | | | |
| **JÁ SE SUBMETEU A ALGUMA INTERVENÇÃO CIRURGICA?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | |
| QUAL? | | | | QUANDO: | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **UTLIZA MEDICAMENTO CONTROLADO | PRESCRITO?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | |
| QUAL? | | | | HORÁRIOS: | | | DOSAGEM: | |
|  | | | | | | | | |
| **OBSERVOU NOS ÚLTIMOS 02 MESES ALGUM DOS SEGUINTES PROBLEMAS:** | | | | | | | | |
| ( ) FEBRE ( ) DOR CABEÇA ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) TOSSE ( ) DOR MUSCULAR ( ) DIFICULDADE RESPIRAR ( ) OUTROS | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **SOFRE DE ALGUNS DESTES TRANSTORNOS?** | | | | | | | | |
| ( ) CARDÍACOS ( ) RESPIRATÓRIOS ( ) METABÓLICOS ( ) PSICOLÓGICOS ( ) DIGESTIVOS ( ) NEUROLÓGICOS | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOFRE DE DDA (Distúrbio Déficit de Atenção)** ( ) SIM ( ) NÃO | | TOMA MEDICAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| QUAL? | HORÁRIO: | | | DOSAGEM: |
|  | | | | |
| **INDIQUE MEDICAMENTOS E DOSAGENS PARA OS SEGUNTES CASOS:**  FEBRE:  MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOSAGEM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOR DE CABEÇA:  MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOSAGEM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PROBLEMAS GASTRO INTESTINAIS:  MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOSAGEM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| **SOFRE DE ALGUM DESTES PROBLEMAS CARDIOVASCULARES?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | |
| QUAL? ( ) TAQUICARDIA ( ) HIPERTENSÃO ( ) HIPOTENSÃO ( ) ANGINA ( ) PALPITAÇÕES ( ) SOPRO ( ) OUTRO | | | | |
|  | | | | |
| **SOFRE DE ALGUM DESTES PROBLEMAS DIGESTIVOS?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | |
| QUAL? ( ) NÁUSEA ( ) VÔMITO ( ) ÚLCERA ( ) GASTRITE ( ) INTOLERÂNCIA ALIMENTAR ( ) OUTRO | | | | |
|  | | | | |
| **SOFRE DE ALGUM DESTES PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | |
| QUAL? ( ) ASMA ( ) BRONQUITE ( ) OUTRO | | | | |
|  | | | | |
| **SOFRE DE INFECÇÕES COM FREQUENCIA?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | | |
| QUAL? ( ) RINITE ( ) AMIGDALITE ( ) OTITE ( ) SINUSITE ( ) DERMATITE ( ) PNEUMONIA ( ) OUTRO | | | | |
|  | | | | |
| **JÁ TEVE OU TEM?** | | | | |
| ( ) CONVULSÃO ( ) CONVULSÃO FEBRIL ( ) EPILEPSIA ( ) SANGRAMENTO CONSTANTE | | | | |
|  | | | | |
| **POSSUI DIABETES?** ( ) SIM ( ) NÃO | TIPO: | | | |
| FAZ USO DE INSULINA? ( ) SIM ( ) NÃO | DOSAGEM: | | | HORÁRIOS: |
|  | | | | |
| **POSSUI ALGUM ALIMENTO QUE NÃO PODE SER INGERIDO?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | INDIQUE: | |
|  | | | | |
| **PASSA POR ALGUM TRATAMENTO MÉDICO NÃO INDICADO?** ( ) SIM ( ) NÃO | | | INDIQUE: | |
|  | | | | |
| **INDIQUE CARACTERISTICAS DO ALUNO:** | | | | |
| ( ) EXTROVERTIDO ( ) TIMIDO ( ) INDEPENDENTE ( ) INTROVERTIDO ( ) ATIVO ( ) DIFICIL DE FAZER AMIZADE | | | | |
|  | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL**  Pela presente, declaro ter a guarda legal do menor mencionado, e autorizo e dou meu consentimento para que o "coordenador"  responsável, providencie a primeira assistência ou tratamento médico caso o menor sofra lesões ou adoeça durante a viagem.  Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOME DO RESPONSÁVEL POR EXTENSO NOME DO COORDENADOR DA VIAGEM**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL** **ASSINATURA DO COORDENADOR DA VIAGEM** | | | | |