|  |
| --- |
| 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** |