



ACAMPAMENTO DOS PUMAS

FICHA DE SAÚDE

Colégio:

/ Série:

NOME-	RG /cert nasc.:		
Data Nascto.-	Local-	Peso-	
Endereço-			
Telef: resd.	Bairro -	CEP-	celular do aluno-
Fone recado responsável (na ausência dos pais)-		Falar c/-	
Nome do Pai ou Responsável-		Cel.	
Profissão:	End. Trabalho-	Fone-	
Nome da Mãe-		Cel.	
Profissão:	End.Trabalho-	Fone-	
Sono : Dorme bem ?		Não dorme bem?	
Alimentação: Come bem ?			
Tomou anti-tetânica recentemente?			
Enureses ?	ALÉRGICO MEDICAMENTOS?	p/ combater?	
ALIMENTO?	Qual?	p/ combater?	
PICADA DE INSETO?	Sofre de alguma doença crônica, que exija acompanhamento médico?		
Qual?	Que medicamentos deve tomar nos casos de: Vômitos-		
Cólica -	Dor de Barriga-	Dor de Cabeça-	
Dor de garganta:		Dor de ouvido:	
Em caso de uso de anti-inflamatório, qual?			
Diarréia -	Bronquite-	Asma-	Febre-
Tosse:		Fator RH-	
Faz tratamento Psicológico?		Psicomotricidade?	Fono?
Nome do Profissional-			
End.-		Fone:-	
Tem algum Convênio Médico?		Médico Particular-	
End.-		Fone:-	
Atualmente toma algum medicamento?	Qual?	Horários:	
Em casa o comportamento é: () alegre () comunicativo () agressivo () tímido			
Faz amizades com facilidade? () Sim () Não Tem iniciativa? () Sim () Não			
Sabe nadar ? () Sim () Pouco () Não sabe			
Caso tome medicamentos, favor enviar ao Acampamento escrito na caixa, nome, horário e dosagem.			
Outras informações –			
Assinatura do Responsável:			

