



FICHA MÉDICA

Esta ficha deve ser preenchida completamente e em letra legível pelos pais ou responsáveis do aluno, sendo entregue junto à primeira via do contrato e do pagamento.

DADOS PESSOAIS

Nome completo do aluno: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Feminino () Masculino ().

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone Residencial: _____ - _____ Telefone Celular: _____ - _____

E-mail: _____

Nome da escola: _____

Nome do pai: _____ Telefone para contato: _____

Nome da mãe: _____ Telefone para contato: _____

Na ausência dos pais, entrar em contato com _____

Grau de Parentesco: _____ Telefone: _____ - _____

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não () Motivo: _____

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual? _____

Sabe nadar com facilidade? Sim () Não () OBS: _____

Como deve ser medicado em caso de: (indique o(s) nome(s) do(s) remédio(s) e posologia)

Febre _____ Enjôo _____

Tosse _____ Diarréia _____

Dor de barriga _____ Dor de cabeça _____

Dores musculares _____ Dor de ouvido _____

Cólica intestinal _____ Cólica menstrual _____

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual? _____

Em caso de distúrbios, dê instruções sobre procedimentos, medicamentos e horários: _____

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não () Não esqueça de providenciar

Observações:

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- * TODAS AS FICHAS ESTARÃO DISPONÍVEIS AOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS, AOS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O EVENTO E, PRINCIPALMENTE, À EQUIPE MÉDICA DO RESORT.
- * OS REMÉDIOS QUE O ALUNO DEVERÁ TOMAR DURANTE A VIAGEM DEVERÃO SER LEVADOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE, COM AS DEVIDAS PRESCRIÇÕES.
- * NA OCORRÊNCIA DE ALGUM ACIDENTE OU EMERGÊNCIA MÉDICA, OS PAIS OU RESPONSÁVEIS SERÃO AVISADOS PARA QUE PRESTEM AUXÍLIO E OS DEVIDOS DIRECIONAMENTOS.
- * ALÉM DOS SEGUROS APLICADOS NOS MEIOS DE TRANSPORTE ENVOLVIDOS EM NOSSA OPERAÇÃO, O RESORT TAMBÉM ESTÁ SEGURADO PARA COBRIR EVENTUAIS DESPESAS EM CASO DE ACIDENTES DENTRO DO EMPREENDIMENTO.
- * LEMBRAMOS QUE O RIO QUENTE RESORTS POSSUI AMBULATÓRIO, EQUIPE MÉDICA DE PLANTÃO 24 HORAS E UMA AMBULÂNCIA UTI.
- * HAVENDO NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO, O ALUNO SERÁ ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA CIDADE DE CALDAS NOVAS QUE ESTÁ LOCALIZADO A 37 KM DO RESORT.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MEDICAÇÃO

De acordo com as informações prestadas nesta ficha, autorizo que meu filho(a) _____, seja medicado(a) e que os remédios citados sejam ministrados pela equipe do resort e professores responsáveis.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável

Assinatura