

FICHA MÉDICA

Nome:

Idade:

Peso:

Telefone para conta em caso de emergência:

ALERGIAS:

SIM NÃO

Quais:

RESTRIÇÃO A ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?

SIM NÃO

Quais:

ESTÁ EM USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO?

SIM NÃO

Quais:

Precisa de auxílio para administração?

SIM NÃO

Em caso afirmativo, entre a medicação **IDENTIFICADA COM O NOME DO ACAMPANTE** para a equipe no momento do check-in

NOME DO MEDICAMENTO:

POSOLOGIA:

Nome do Responsável pelo adolescente:

NOME DO RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE POR EXTENSO

ASSINATURA