

**Ficha Médica**

• Está em tratamento médico? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual? \_\_\_\_\_

• Levará remédios para o Acampamento? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

• Doses e horários a serem ministrados:

• Em caso de febre, o que deverá tomar? \_\_\_\_\_

A partir de quantos graus? \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

• É alérgico(a) à **Penicilina**? \_\_\_\_\_ Possui outros tipos de alergia? \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

• Medicações usuais, nos casos de:

Alergia: \_\_\_\_\_ Dor de garganta: \_\_\_\_\_

Dor de ouvido: \_\_\_\_\_ Tosse: \_\_\_\_\_

Dor de cabeça: \_\_\_\_\_ Diarreia \_\_\_\_\_

Outros : \_\_\_\_\_

• Já tomou vacina antitetânica? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

• Apresenta algum defeito físico ou psicossomático? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

• Alguma restrição alimentar? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

• Já teve, ou é propenso à convulsão? \_\_\_\_\_ Asma? \_\_\_\_\_ Disritmia? \_\_\_\_\_

Bronquite? \_\_\_\_\_ Sonambulismo? \_\_\_\_\_ Outros? \_\_\_\_\_

• Sabe nadar? ( ) SIM ( ) NÃO

Autorização para natação: ( ) NÃO ( ) SIM - COM BÓIA ( ) SEM BÓIA ( )

OBS. O(A) Acampante autorizado a nadar com bóia, deverá levar a mesma!

• Há algum mal, que a prática de esportes possa agravar? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

• Em caso de menina, já teve menstruação? \_\_\_\_\_ No caso de cólicas menstruais, deverá ser medicada com:

• Possui algum convênio médico e/ou hospitalar? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

• Levará para o Acampamento o documento relativo ao convênio? \_\_\_\_\_

*Em caso afirmativo este documento deverá ser colocado no fundo da mala do Acampante.*

**Observações Gerais:**

---

---

---

**Concordo com todos os itens esclarecidos neste documento e atesto a veracidade de todas as informações prestadas!**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**

**NOME DO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**Nº DO R.G.:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_