

Ficha Médica/Alimentar

Nome:.............................................................................................................RG:.................................

Data de nasc.:......./......../...........Escola:.............................................................................Ano............

Pai: .......................................................................................................celular:.....................................

Mãe:.......................................................................................................celular.....................................

Endereço residencial:.............................................................................telefone:.................................

É vegetariano ?............Tem alguma restrição alimentar?.............................Sabe nadar? ..................

Toma algum remédio regularmente? ...................qual.........................................................................

Possui alguma alergia?...........Qual ?....................................................................................................

Como costuma tratar esta alergia........................................................................................................

Tem propensão a ter: Amidalite ( ) Otite ( ) Sangramento Nasal ( ) Hipotermia ( )

Bronquite ( ) Rinite ( ) Cólica Menstrual ( )Outros ...................................................

Costuma utilizar remédios: Homeopáticos ( ) Antroposóficos ( ) Alopáticos ( )

Caso seja necessário poderá tomar :

Alergia: Polaramine ( ) Claritin ( ) outros ...........................................................................................

Cólica Menstrual Buscopan ( ) outros ................................................................................................

Enjôo: Dramin( ) Plasil ( ) outros ......................................................................................................

Febre: Novalgina ( ) Tylenol ( ) outros ...............................................................................................

Intestino preso: Almeida prado 46 ( ) Tamarine ( ) outros ..................................................

Data da última anti-tetânica..................................................................................................................

Em caso de emergência avisar:.........................................Telefone.....................................................

email do responsável:...............................................................................................................................

Gostaria de receber informações de viagens da TEAR –TURISMO para famílias? : sim ( ) não ( )