 FICHA MÉDICA

**OBS: Favor, preencher, assinar e enviar para o nosso e-mail mcbbrasil@gmail.com**

Nome do Acampante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semana de \_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_

Assinale com “X” se o acampante foi vacinado contra:

( ) Sarampo ( )Difteria

( )Varíola ( ) Pólio

( ) Febre Amarela ( ) Meningite

( ) Coqueluche ( ) Tétano

Assinale com “X” se o acampante tem históricos de :

( ) Asma ( )Sinusite ( ) Epilepsia

( ) Coração ( ) Desmaios ( ) Ouvidos

( ) Diabetes ( ) Rinite Alérgica ( ) Hemorragia

( ) Sonambulismo ( )Alergia a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recomendações adicionais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está tomando algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

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

Alguma atividade restrita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso de emergência comunicar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone(s):
 Pai \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Trabalho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mãe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data Assinatura do Responsável