



## FICHA MÉDICA PARA EQUIPANTE

### FICHA MÉDICA

Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefones:

Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

Residencial: ( ) \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**Convênio médico:** \_\_\_\_\_

Tragam os documentos necessários (carteira do convênio e RG) para o atendimento, em caso de emergência.

### Histórico

#### **Problemas de saúde:**

Alergias ( ) Sim ( ) Não A quê? \_\_\_\_\_

Asma ( ) Sim ( ) Não

Diabete ( ) Sim ( ) Não

Sonambulismo ( ) Sim ( ) Não

Outros problemas (explique): \_\_\_\_\_

Possui alguma enfermidade que impeça de praticar qualquer tipo de atividade?

\_\_\_\_\_

Mais informações: \_\_\_\_\_

Data da última vacina antitetano: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai ou responsável