



Rua Fernão Dias, 125 • São Paulo/SP • 05427-010
[11] 3937.4700
contato@quironturismoeducacional.com.br
www.quironturismo.com.br

IMPORTANTE: PREENCHA CORRETAMENTE ESTA FICHA. ELA É FUNDAMENTAL PARA O ATENDIMENTO E SEGURANÇA DO ALUNO.

DADOS PESSOAIS					
Escola				Série	
Nome Completo					
Data do Nascimento				Sexo	M F
Endereço					
Bairro			CEP		
Telefone Residencial			email		
Nome do Pai			Nome da Mãe		
Telefone Pai (DDD + número)			Telefone Mãe (DDD + número)		
Contato para Emergências (na ausência dos pais)					
Nome Completo			Telefone (DDD + número)		

INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE				
Tem restrição a alguma atividade física?	sim	não	Quais:	
Sabe nadar com desenvoltura?	sim	não	Obs.	
É vegetariano?	sim	não	Obs.	
Como deve ser medicado em caso de: (Indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia – Nome genérico se disponível)				
FEBRE			DOR DE CABEÇA	
ENJÔO			DOR MUSCULAR	
TOSSE			DOR DE OUVIDO	
DIARRÉIA			CÓLICA INTESTINAL	
DOR DE BARRIGA			CÓLICA MENSTRUAL	
Possui alergias?				
ALIMENTO			Instruções	
INSETO			Instruções	
MEDICAMENTO			Instruções	
OUTROS			Instruções	

O aluno está tomando algum medicamento? Liste-os abaixo.
Lembre-se de levar a quantidade necessária para todo o período da viagem, assim como a receita médica.

Motivo	Medicamento	Princípio Ativo	Dosagem	Intervalo (em horas)

Apresenta:

Diabetes	sim	não	Observações
Convulsões	sim	não	Observações
Amigdalite	sim	não	Observações
Asma ou Bronquite	sim	não	Observações
Reumatismo	sim	não	Observações
Enurese Noturna	sim	não	Observações
Sonambulismo	sim	não	Observações
Desmaio	sim	não	Observações

Possui Vacina?

Tétano	sim	não	Data:
Meningite	sim	não	Data:
Febre Amarela	sim	não	Data:
H1N1	sim	não	Data:

Dados sobre o Convênio Médico:

Possui Plano de Saúde?		Qual?	
A cobertura é nacional?			

Informações Complementares:

Assinatura do responsável legal		Data	
---------------------------------	--	------	--