

Ficha de viagem
Brasília (DF) – 2ª série

Entregar na Secretaria de Alunos até sexta-feira, dia 25 de abril

Dados do/a aluno/a

Nome: _____

Documento de identidade: Tipo: _____ Número: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Telefone residencial: (____) _____

Endereço: _____

_____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Dados dos responsáveis

Nome: _____ Telefone: (____) _____

Nome: _____ Telefone: (____) _____

Caso necessário, se não encontrarmos os responsáveis, quem devemos procurar?

Nome: _____ Telefone: (____) _____

Saúde

O/a aluno/a apresenta problemas de saúde que exijam cuidados especiais?

Toma algum medicamento regularmente? Está tomando algum medicamento que exija maior atenção? Especifique.

Está impedido de tomar algum medicamento (alergia)?

Existe algum alimento que não possa ingerir (alergia)?

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Pode caminhar longas distâncias? () Sim. () Não.

Sabe nadar? () Sim. () Não.

Possui convênio médico-hospitalar? () Sim. () Não.

Qual? _____

Como utilizá-lo? _____

Observações adicionais:

Observação: Cada aluno/a deverá levar os medicamentos que usa habitualmente, sendo o/a responsável por sua utilização, e a carteirinha do convênio médico.