

DADOS DO ALUNO (favor preencher com letra de forma)									
Nome do aluno (a):									
Colégio:									
Ano / Série:		Idade:		Data de nascimento:	___ / ___ / ___				
RG:		Órgão Emissor:		Sexo:	F ()	M ()			
*Camiseta:	() Baby Look	() Básica	Tamanho:	12	14	P	M	G	GG
Endereço:									
Bairro:		Cidade:		CEP:					
Fone Res:		Fone Cel:							
E-mail:									
Mora com () Mãe () Pai () Ambos () Outro responsável – parentesco: _____									
*Camiseta: dados necessários somente para viagens com pernoite.									

DADOS DOS RESPONSÁVEIS			
Nome:			
Parentesco:			
CPF:		RG:	
Fone Res:		Fone Cel:	
E-mail:			

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ALUNO			
Peso:		Altura:	
Sabe nadar?		Tipo Sanguíneo:	
Pode entrar na piscina?			
Já viajou sozinho?		Apresenta algum medo ou insegurança?	
Faz acompanhamento médico ou psicológico? Qual motivo?			
Já desenvolveu alguma doença grave no passado?			
Vacinas que já tomou:		Última antitetânica:	
Possui alguma deficiência?			
Há algum mal que a prática de esportes possa agravar? Especifique:			
É alérgico a algum alimento, medicamento, insetos, etc.? (mencionar detalhes)			
Algo relevante ocorrido nas últimas semanas com a saúde do aluno? (relatar)			
Informações complementares:			

INFORMAÇÕES MÉDICAS			
Convênio médico:			
Nº do cartão do convênio:			
Nome do Pediatra:		Telefone:	
É portador de alguma doença crônica? Qual?			
Em caso de crise como proceder?			
Faz uso sistemático de algum medicamento? Quais os procedimentos? IMPORTANTE: O aluno deverá levar na viagem: os medicamentos nas embalagens originais e as receitas médicas.			
Necessário tomar algum medicamento durante a viagem? Quais horários e doses? O aluno deverá levar na viagem os medicamentos nas embalagens originais.			
Apresenta crises súbitas? Ex. Asma, convulsão, desmaios.			
Em caso de febre ou dor de cabeça: Qual medicamento e qual dose?			
Informações complementares: (relate tudo que julgar necessário)			

DADOS DA VIAGEM:

Nome do Colégio:			
Destino da viagem:		Data da viagem:	

Autorização

Declaro não ter omitido nenhuma informação sobre o estado de saúde do aluno e autorizo a empresa Ivian Expedições Educacionais, que é a responsável pela viagem, a tomar todas as providências que julgar necessárias, responsabilizando-me por qualquer eventual despesa médica que ultrapasse o limite estabelecido pelo seguro contratado. Autorizo também meu filho a viajar acompanhado pelos profissionais da Ivian e do colégio na data e destino mencionados acima.

Nome:		CPF:	
Data:		Assinatura:	