FICHA INDIVIDUAL

Nome da criança: _____

_____.

Data de nascimento: ___ / ___ / ___

Possui alguma alergia? Sim ( ) não ( )

Se sim, qual? _____

Faz uso contínuo de medicamento?

Sim ( ) não ( ) Se sim, qual? _____

_____.

Tem restrição alimentar? Sim ( ) não ( )

Se sim, qual? _____.

Fez alguma cirurgia? Sim ( ) não ( )

Se sim, qual? _____.

Nome do responsável: _____

_____.

Telefones: ( ) _____ ou _____.

Endereço: _____

_____.

Na ausência do responsável, autorizar a saída

da criança por: _____.

Faz uso de transporte público? Sim ( ) não ( )

Ciss. do responsável: _____.

@profhpedroso