

**Ficha de Inscrição Colônia AABB – BH**

Data \_\_\_\_\_ Nº da Inscrição (\_\_\_\_\_)

|   |  |                        |                                |
|---|--|------------------------|--------------------------------|
| 1ª semana<br>( ) manhã ( ) tarde<br><br>( ) integral ( )<br>acampamento   | 2ª semana<br>( ) manhã ( ) tarde<br><br>( ) integral | Valor pago:            | Forma de pagamento             |
| Diária:   |  |                        |                                |
| <b>Nome do participante:</b>  |  | Data de Nascimento:    | Idade:                         |
| Pai:  |  | Celular:               | Tel. comercial:                |
| Mãe:  |  | Celular:               | Tel. comercial:                |
| E-mail pai:   |  | E-mail mãe:            |                                |
| Endereço: AV./Rua:  |  | Nº:                    | Complemento:                   |
| Bairro:   |  | Cidade:                | Tel. Residencial:              |
| Na ausência dos pais, procurar por:   |  | Contatos:              |                                |
| Já participou de alguma Colônia antes?  |  | Já conhecia a Colônia? | Como ficou sabendo da Colônia? |
| Características do participante colono: ( ) Extrovertido ( ) Seguro ( ) Independente ( ) Organizado ( )<br>Introvertido ( ) Inseguro ( ) Dependente ( ) Desorganizado |  |                        |                                |
| Alguma característica emocional/comportamental importante a destacar?   |  |                        |                                |
| Alimenta-se: bem ( ) ou mal ( ) Liste os alimentos de preferência do participante:  |  |                        |                                |
| Alguma restrição alimentar? Liste todas:  |  |                        |                                |
| Algum problema de saúde importante a declarar? Qual?  |  |                        |                                |
| No momento está em tratamento ou tomando algum medicamento? Qual?   |  |                        |                                |
| Algum tipo de alergia, bronquite, asma, picada de insetos? Se positivo qual antialérgico costuma utilizar?  |  |                        |                                |
| Hiperatividade ou depressão? Acompanhamento psicológico atualmente?   |  |                        |                                |
| Sonambulismo ou dificuldade para dormir? Enurese noturna?   |  |                        |                                |
| Está com a carteirinha de vacinação em dia? Alergia a algum tipo de medicamento? Qual?  |  |                        |                                |
| <b>TODO E QUALQUER MEDICAMENTO QUE ESTEJA SENDO UTILIZADO PELO PARTICIPANTE DEVE VIR COM RECEITUÁRIO MÉDICO.</b>  |  |                        |                                |
| Possui convênio médico?   |  |                        |                                |
| No caso de febre ou dor, detalhe as informações e os procedimentos que normalmente realiza:   |  |                        |                                |

**DECLARAÇÃO**

Estou ciente das normas/regulamento e procedimentos da prestação de serviços oferecidos pela "COLÔNIA DE FÉRIAS", através da atividade proposta. Li o projeto e declaro verdadeiras as informações por mim prestadas neste documento, não omitindo nenhum dado de importância que possa comprometer o atendimento e segurança do meu (minha) filho(a). Autorizo a "COLÔNIA DE FÉRIAS" a providenciar imediatamente o atendimento em caso de algum acidente.

Concordo com as regras e observações acima:

Data: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_ Assinatura

**No momento da inscrição o responsável deverá apresentar: cópia do RG ou certidão de nascimento do participante e RG dos pais ou responsável legal.**