

Ficha de Inscrição Colônia AABB – BH - 2º/2019

Data _____ Recebido por: _____

		Período <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> integral	Valor pago:	Forma de pagamento <input type="radio"/> Dinheiro <input type="radio"/> Cartão Débito <input type="radio"/> Cartão Crédito a vista <input type="radio"/> Cartão Crédito Prazo _____ vezes
Diária:				
Nome do participante:		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: <input type="checkbox"/> Extrovertido <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Organizado <input type="checkbox"/> Introvertido <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Desorganizado				
Alguma característica emocional/comportamental importante a destacar?				
Alimenta-se: bem <input type="checkbox"/> ou mal <input type="checkbox"/> 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?				
TODO E QUALQUER MEDICAMENTO QUE ESTEJA SENDO UTILIZADO PELO PARTICIPANTE DEVE VIR COM RECEITUÁRIO MÉDICO.				
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