FICHA DE INSCRIÇÃO

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA DO 64º CONAD

11 a 14 de julho de 2019

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL DA CRIANÇA?** |
| Nome completo do(a) responsável: |
| Seção Sindical: |
| Contatos de telefone: |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:** |
| Nome completo da Criança: |
| Apelido (caso tenha): |
| Idade: |
| Possui alguma deficiência? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, qual?  A deficiência gera alguma limitação cotidiana e/ou necessita de quais cuidados especiais? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE DA CRIANÇA:** | | | | | | | | |
| Possui alergias e /ou intolerâncias ou restrições alimentares? ( ) SIM ( )NÃO Em caso afirmativo, quais? | | | | | | | | |
| Faz uso de medicação? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, quais?  **\***Se sim, o(a) responsável deverá apresentar a prescrição com as orientações e os medicamentos para serem ministrados. | | | | | | | | |
| A criança possui Plano de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, qual?  Nome do Plano de Saúde:  Número da carteirinha: | | | | | | | | |
| **SOBRE HÁBITOS E HABILIDADES DA CRIANÇA:** | | | | | | | | |
| Tem hábito de dormir após o almoço? | | ( | | | ) SIM | | ( | ) NÃO |
| Toma banho sozinha? ( ) SIM ( | | | ) | NÃO | | | | |
| Utiliza o banheiro sozinha? ( | ) SIM | | ( | | | ) NÃO | | |

|  |
| --- |
| **INCLUIR OUTRAS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERE PERTINENTES:** |
|  |

Assinatura do(a) responsável:

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Assinatura: