

CIRCULAR Nº 404/2024
ANEXO I

FORMULÁRIO

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL

Evento: 15º CONAD Extraordinário - 11 a 13 de outubro de 2024 – PIJ - UnB –
Brasília-DF

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 A SAÚDE DA CRIANÇA

Possui alergias e /ou intolerâncias ou restrições alimentares? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quais?

Quais as preferências alimentares da criança?

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

Utiliza o banheiro sozinha? () SIM () NÃO



Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
fundado em 19 de fevereiro de 1981

INCLUIR OUTRAS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERE PERTINENTES

Assinatura do(a) responsável: _____

Data: _____