

- 1 - Preencha a ficha clicando nos campos digitáveis.
- 2 - Salve o documento.
- 3 - Clique no botão imprimir (rodapé inferior)
- 4 - Assine o documento e entregue à equipe da Operação Turismo

É importante o correto preenchimento desta ficha, pois em caso de emergência ela auxiliará no correto procedimento e na comunicação com os pais ou responsáveis. Esta ficha deverá ser preenchida completa e corretamente, em letra legível, pelo pai ou responsável e entregue juntamente com o contrato de viagem à Operação Turismo. Remédios que o passageiro deverá tomar durante o período da viagem deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues na partida ao responsável do grupo, junto às orientações sobre suas administrações.

**DADOS PESSOAIS**

INSTITUIÇÃO		SÉRIE	TURMA
PASSAGEIRO (nome completo sem abreviação)			
ENDEREÇO		nº	APTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP
FONE	CELULAR	Sexo: ( ) M ( ) F	
Mãe	Fone Cel./Com.		
Pai	Fone Cel./Com.		
Na ausência dos pais comunicar	Fone Cel./Com.		
Camiseta (Feminina é Baby look): ( ) P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) Outro, qual?:			

**INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE**

Tem acompanhamento Médico ou Psicológico?		
( ) Sim	( ) Não	Motivo:
Tem restrição a alguma atividade física?		
( ) Sim	( ) Não	Quais:
Sabe nadar com desenvoltura?		
( ) Sim	( ) Não	Obs:
COMO DEVE SER MEDICADO EM CASO DE: INDIQUE O(S) NOME(S) DO(S) REMÉDIO(S) E POSOLOGIA - NOME DO GENÉRICO SE DISPONÍVEL		
Febre:		
Enjôo:		
Tosse:		
Diarréia:		
Dor de Barriga:		
Dor de Cabeça:		
Dor de Ouvido:		
Dor Muscular:		
Cólica Intestinal:		
Cólica Menstrual:		

**APRESENTA DISTÚRBIOS DE: INFORMAR SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS:**

Diabetes	( ) Sim	( ) Não
Procedimento		
Convulsões	( ) Sim	( ) Não
Procedimento		
Amigdalite	( ) Sim	( ) Não
Procedimento		
Asmas ou Bronquite	( ) Sim	( ) Não
Procedimento		
Fator Desencadeante		
Alergia	( ) Sim	( ) Não
Procedimento		
Fator Desencadeante		

Portador de Necessidades Especiais	( ) Sim	( ) Não
Qual:		
Reumatismo	( ) Sim	( ) Não
Procedimento:		
Enurese Noturna (xixi na cama)	( ) Sim	( ) Não
Procedimento:		
Sonambulismo	( ) Sim	( ) Não
Procedimento:		
Tem todas as vacinas válidas?	( ) Sim	( ) Não

**OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO**

Estou ciente das normas gerais da viagem e das observações acima e declaro verdadeiras as informações prestadas, não omitindo nenhuma informação de importância ou que possa comprometer o atendimento e a segurança do passageiro.

Desta forma, eu:

RG	responsável pelo aluno(a):
RG	autorizo o mesmo a viajar

com destino a:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável

Preencha as informações corretamente, elas são fundamentais para o atendimento e segurança. Consulte o Ministério do Turismo e o Procon sobre a empresa com a qual você irá viajar.