

DADOS PESSOAIS DO(A) COMPETIDOR(A)

Nome Completo: _____
Documento de Identidade: _____ Emissor: _____ Data de Nascimento: _____
Rua/Av.: _____ Nº: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Complemento: _____

DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo: _____
Documento de Identidade: _____ Emissor: _____ Data de Nascimento: _____
Rua/Av.: _____ Nº: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Complemento: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Aguardar acompanhamento dos pais/responsáveis Aceitar decisões médicas
Avisar em emergências: Pai Mãe Outros Grau de Parentesco: _____
Nome Completo: _____ Telefone: _____
Plano de Saúde: Não/SUS Sim Operadora: _____ Nº da Carteira: _____

FICHA MÉDICA DO PARTICIPANTE

Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Utiliza os seguintes equipamentos de auxílio: Sim Não

Óculos de Grau Marcapasso
 Lentes de Contato Aparelhos de Audição
 Aparelhos Dentários Bomba de Insulina
 Sondas Outros Cite: _____

SAÚDE FÍSICA

Asma e/ou bronquite Rinite e/ou sinusite Hipertensão
 Convulsões e/ou epilepsia Problemas dermatológicos Problemas Cardíacos
 Problemas reumatológicos Problemas hematológicos Diabetes
 Problemas renais Outros: Cite: _____

MEDICAMENTO EM USO (CONTÍNUO OU NÃO)

Sim Não

* Se necessário listar medicamentos no verso

O participante tem autonomia e está treinado para administrar sua medicação sozinho?

Sim Não Informações: _____

ALERGIAS

Sim Não
 Ácaros Cite: _____
 Alimentos Cite: _____
 Fungos Cite: _____
 Medicamentos Cite: _____
 Picada de insetos Cite: _____
 Plantas Cite: _____
 Outros Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? Sim Não Cite: _____
Possui restrições a alimentos? Sim Não Cite: _____

SAÚDE MENTAL

Apresenta distúrbio de comportamento?
 Sim Não Cite: _____
Faz uso de medicação para este transtorno?
 Sim Não Cite: _____

Faz acompanhamento com psicólogo?

Sim Não

Cite: _____

Faz acompanhamento com médico?

Sim Não

Cite: _____

Faz acompanhamento com outro profissional?

Sim Não

Cite: _____

DEFICIÊNCIAS

Física Cite: _____

Visual Cite: _____

Auditiva Cite: _____

Intelectual Cite: _____

Autismo Cite: _____

APRESENTA NO COMPORTAMENTO

Crise de explosão em que agrida a si mesmo?

Sim Não

Cite: _____

Crise de explosão em que agrida os outros?

Sim Não

Cite: _____

Agitação psicomotora que atrapalhe a concentração?

Sim Não

Cite: _____

Dificuldade de obedecer instruções verbais? De que tipo?

Sim Não

Cite: _____

Comportamento auto-destrutivo (cortes, arranhões, etc.)

Sim Não

Cite: _____

Dificuldade de comunicação com outras pessoas?

Sim Não

Cite: _____

Crise de ansiedade ou pânico?

Sim Não

Cite: _____

Dificuldades alimentares?

Sim Não

Cite: _____

Dificuldades de sono?

Sim Não

Cite: _____

Tendência a fugas?

Sim Não

Cite: _____

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras.

Cidade

Data

Assinatura do Responsável Legal