

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