



## FICHA DE INSCRIÇÃO E ANAMNESE IPÊ CAMP – JULHO 2023

### DADOS PESSOAIS

Nome:		Sexo ( <input type="checkbox"/> ) Fem. ( <input type="checkbox"/> ) Masc.
Data de Nascimento	Idade:	Título:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Fone (Res):
Nome do Pai:		Cel. (Pai):
Email do Pai		
Nome da Mãe:		Cel. (Mãe):
Email da mãe		
Convênio Médico:	Plano:	
Nº carteirinha:	Tel. convênio:	
Quem deverá ser contatado, caso os pais não sejam encontrados em caso de emergência?		
Nome: _____ Parentesco: _____		
Cel: _____ Fone: _____		
Médico pediatra: _____		
Cel: _____ Fone: _____		
Em caso de urgência encaminhar para Hospital ou Clínica? ( <input type="checkbox"/> ) Sim Não ( <input type="checkbox"/> )		
Qual? _____		



FICHA DE INSCRIÇÃO E ANAMNESE  
IPE CAMP – JULHO 2023

ANAMNESE

<b>1 - Teve ou tem doenças que mereçam ser citadas?</b>		
( ) Convulsões    ( ) Epilepsia    ( ) Hemofilia    ( ) Diabetes    ( ) Problemas cardíacos		
( ) Outros: _____		
<b>2 - Teve ou tem asma ou bronquite?      Sim ( )      Não ( )</b>		
Qual o fator desencadeante? _____		
Como deve ser tratado em caso de crise? _____		
_____		
<b>3 - Tem ou já teve algum problema de coluna ou ortopédico?      Sim ( )      Não ( )</b>		
Quais? _____		
<b>4 - Usa óculos, aparelho ortodôntico, ou outro(s)?      Sim ( )      Não ( )</b>		
Quais? _____ . Avisar ao professor		
<b>5 - É alérgico a algum medicamento, substância, alimento e/ou inseto?      Sim ( )      Não ( )</b>		
Quais? _____		
Como deve ser tratado em caso de crise? _____		
_____		
<b>6 - Em caso de pequenos acidentes como arranhões, machucado, o que recomendam?</b>		
_____		
_____		
_____		
_____		
<b>7 - Em caso de emergência (febre ou dor) autoriza ser medicado?      Sim ( )      Não ( )</b>		
Qual medicação? _____		
Dosagem: _____		



**FICHA DE INSCRIÇÃO E ANAMNESE  
IPE CAMP – JULHO 2023**

<b>8 - Estará em tratamento médico durante o Super Férias?</b> Sim (    )      Não (    )
Qual medicação? _____
Dosagem: _____
Horário: _____
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entregar o medicamento e orientar a Professora da turma no dia de início do Super Férias</li></ul>

<b>9 - Existem restrições alimentares?</b> Sim (    )      Não (    )
Quais? _____
_____
_____

<b>10 – Já fez cirurgia?</b> Sim (    )      Não (    )
Quais? _____
_____

<b>11 – Tomou vacina contra febre amarela?</b> Sim (    )      Não (    )

<b>12 - Alguma outra recomendação ou observação que queira fazer?</b>
_____
_____
_____
_____
_____

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## IPE CAMP – JULHO / 2023 AUTORIZAÇÃO PARA PASSEIO

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar  
do passeio

**NÃO AUTORIZO A PARTICIPAR DO PASSEIO**

Passeio: MORUMBI PARK dia 07/07 na 6ª feira – saída as 12h30  
Ponto de encontro para recepção das crianças: Campo

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023 Assinatura: \_\_\_\_\_



## IPE CAMP – JULHO / 2023 AUTORIZAÇÃO PARA PASSEIO

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar  
do passeio

**NÃO AUTORIZO A PARTICIPAR DO PASSEIO**

Passeio: POP HAUS TATUAPÉ dia 14/07 na 6ª feira – saída as 08h15  
Ponto de encontro para recepção das crianças: Campo

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023 Assinatura: \_\_\_\_\_



## IPE CAMP – JULHO / 2023 AUTORIZAÇÃO PARA PASSEIO

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar do passeio

**NÃO AUTORIZO A PARTICIPAR DO PASSEIO**

Passeio: MORUMBI PARK dia 21/07 na 6ª feira – saída as 12h30  
Ponto de encontro para recepção das crianças: Campo

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023 Assinatura: \_\_\_\_\_



## IPE CAMP – JULHO / 2023 AUTORIZAÇÃO PARA PASSEIO

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar do passeio

**NÃO AUTORIZO A PARTICIPAR DO PASSEIO**

Passeio: POP HAUS TATUAPÉ dia 28/07 na 6ª feira – saída as 12h30  
Ponto de encontro para recepção das crianças: Campo

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023 Assinatura: \_\_\_\_\_



## IPE CAMP – JULHO / 2023

### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

#### VALORES

<i>Formas de Inscrição</i>	<i>Valor</i>
Uma Semana	R\$ 430,00
Mesma criança – duas semanas	5% de desconto somente no valor da 2ª semana R\$ 838,00

Realizei a inscrição

EM UMA SEMANA

NAS DUAS SEMANAS

Autorizo o débito no boleto do clube:

À VISTA

DUAS VEZES

TRÊS VEZES

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023 Assinatura: \_\_\_\_\_