**ANEXO IV**

**FICHA MÉDICA**

**Aluno (a):**

Telefone(s):

Convênio médico: Telefone: Grupo sanguíneo: Fator RH:

Alguma doença crônica?

Qual?

Algum cuidado especial?

É alérgico a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Caso SIM. Qual (is) medicamento (s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em caso de emergência**

Entrar em contato com: Telefone

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**