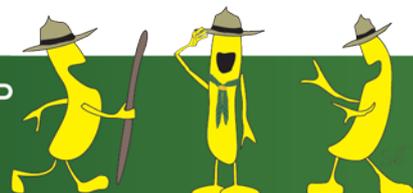




# 108%

## GRUPO ESCOTEIRO JABUTI | 108SP

www.grupoescoteirojabuti.org.br  
ola@grupoescoteirojabuti.org.br



### FICHA MÉDICA (JOVEM)

Nome:		RG:	Nº Registro UEB:
Em caso de Emergência Contatar (grau de parentesco):		Telefone de Contato:	
Plano de Saúde:	Nº da Carteira:	Data de Nascimento:	
Endereço:		CEP:	
Peso:	Altura:	IMC (peso/altura <sup>2</sup> ):	
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Religião:	

### Dados Diversos

Grupo Sanguíneo:	Fator Rh:	Possui alergia: Não ( ) Sim [à que?] ( ):		
Está tomando algum medicamento? Não ( ) Sim [Qual?] ( ):				
Assine caso esteja sujeito à alguma das seguintes patologias:				
Pressão Alta-( )	Convulsões-( )	Cólicas-( )	Bronquite-( )	Asma-( )
Sonambulismo-( )	Enxaqueca-( )	Anemia-( )	Problemas cardíacos-( )	Diabetes-( )
Sentiu algum sintoma diferente nos últimos 30 dias?				
_____				
Algun outro problema de saúde que acha interessante mencionar?				
_____				
_____				

### Assinale o questionário:

Sedentário: Sim ( ) Não ( )	
Pratica exercícios físicos quantas vezes por semana (mínimo de 30 minutos/dia): 1x semana ( ) 2x semana ( ) 3x semana ( ) + 4x semana ( )	
Sabe nadar? Não ( ) Sim ( )	Possui vertigem? Não ( ) Sim ( )
Utiliza óculos ou lentes de contacto? Não ( ) Sim ( )	
Está vacinado contra tétano? Não ( ) Sim ( )	
Possui alguma restrição alimentar? Não ( ) Sim [Qual?] ( )	
Está vetado para realizar alguma prática desportiva? Não ( ) Sim [Qual?] ( )	
Já realizou alguma cirurgia? Não ( ) Sim ( )	Há quanto tempo?
Qual?	
Em caso de febre, qual remédio deve ser usado?	A partir de quantos graus?

Nome (responsável):	RG:	Local e data:
---------------------	-----	---------------

Assinatura(responsável)

Assinatura (jovem)

Esta ficha médica tem validade de 6 meses, caso haja alguma alteração antes deste período, deve-se preencher uma nova ficha de acordo com as novas mudanças!