

FICHA DE INFORMAÇÕES

CRIANÇA

Nome: _____

Sobrenome: _____

Endereço completo (nº, rua, código postal, cidade):

Sexo:

- Masculino
 Feminino

Número de matrícula: _____

Local de nascimento: _____

Nacionalidade: _____

Idioma(s) falado(s) em casa:

RESPONSÁVEL(IS) PELA CRIANÇA

Responsável/Pai/Mãe	Cônjuge/Companheiro(a)/Outro Responsável
<p>Nome _____</p> <p>Apelido _____</p> <p>Endereço completo (nº, rua, código postal, cidade), se diferente do endereço da criança:</p> <p>_____</p> <p>Telefone residencial :</p> <p>_____</p> <p>Telefone celular :</p> <p>_____</p> <p>Telefone profissional:</p> <p>_____</p> <p>Endereço de e-mail:</p> <p>_____</p> <p>Língua materna:</p> <p>_____</p>	<p>Nome _____</p> <p>Apelido _____</p> <p>Endereço completo (nº, rua, código postal, cidade), se diferente do endereço da criança:</p> <p>_____</p> <p>Telefone residencial :</p> <p>_____</p> <p>Telefone celular :</p> <p>_____</p> <p>Telefone profissional :</p> <p>_____</p> <p>Endereço de e-mail :</p> <p>_____</p> <p>Língua materna :</p> <p>_____</p>
<p>Relação com a criança:</p> <p><input type="radio"/> Mãe</p> <p><input type="radio"/> Pai</p> <p><input type="radio"/> Responsável Legal/Tutor</p>	<p>Relação com a criança:</p> <p><input type="radio"/> Mãe</p> <p><input type="radio"/> Pai</p> <p><input type="radio"/> Responsável Legal/Tutor</p>

INFORMAÇÕES MÉDICAS DA CRIANÇA

(Em caso de doença, deve ser fornecido um certificado médico.)

Médico: _____

Telefone: _____

A criança tem necessidades específicas? *(Exemplo: deficiência, dislexia, transtornos ou patologias, etc.)*

Sim

Não

Se sim, por favor, especifique:

A criança faz uso de algum tratamento ou medicação específica?

Sim

Não

Se sim, por favor, especifique:

A criança tem alguma alergia ou intolerância conhecida? *(Medicamentos, alimentos ou fatores ambientais.)*

Sim

Não

Se sim, por favor, especifique:

Outras informações sobre doenças ou acidentes anteriores:

AUTORIZAÇÃO PARA CREMES, SPRAYS, COLÍRIOS, ETC.

Autorizo a equipe educativa da estrutura de acolhimento a administrar ao meu filho/minha filha, se necessário:

Meter uma cruz no SIM ou no NÃO

Sim Não

Desinfetante *(para arranhões, feridas, para evitar infecções cutâneas)*

Nome:

Creme à base de Arnica *(para hematomas, contusões, machucados)*

Nome:

Creme calmante *(para picadas de insetos, queimaduras)*

Nome:

Creme hidratante *(para irritações na pele)*

Nome:

Protetor solar *(para evitar queimaduras solares)*

Nome:

Spray repelente *(para proteção contra carrapatos)*

Nome:

Soro fisiológico *(para limpeza e desinfecção)*

Nome:

Comprimido de iodeto de potássio *(em caso de acidente nuclear)*

AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DO TERRITÓRIO

- Autorizo meu filho/minha filha a participar em excursões/atividades no território de Luxemburgo. Para atividades fora do território de Luxemburgo, será solicitada uma autorização adicional no momento oportuno.
- NÃO autorizo meu filho/minha filha a participar em excursões/atividades no território de Luxemburgo. Para atividades fora do território de Luxemburgo, será solicitada uma autorização adicional no momento oportuno.

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE

- Autorizo a equipa da estrutura de acolhimento a transportar meu filho/minha filha em um veículo da estrutura de acolhimento ou do gestor do serviço:
- Van da estrutura de acolhimento ou do gestor de serviços
 - Carro particular de um membro da equipe da estrutura de acolhimento
- NÃO autorizo a equipa da estrutura a transportar meu filho/minha filha em um veículo da instituição ou em um carro particular de um membro da equipe da estrutura de acolhimento ou do gestor do serviço.