

Medical Form – Paraty Trip 2026

Personal Data (child's information) (please print in CAPITAL LETTERS) – Informações sobre o aluno

Name / Nome: _____ **Class / Turma:** _____

Health Problems / Problemas de saúde

Type / Tipo

Notes / Observações

- ☐ **Allergies / Alergias** _____
- ☐ **Asthma / Asma** _____
- ☐ **Bronchitis / Bronquite** _____
- ☐ **Epilepsy / Epilepsia** _____
- ☐ **Fainting / Desmaio** _____
- ☐ **Diabetes / Diabetes** _____
- ☐ **Other (s) / Outros** _____
(eg. bed wetting, sleepwalking, etc. / Urina na cama, sonambulismo, etc)

Are any medicines regularly taken (yes or no)? / Há algum remédio sendo tomado regularmente? _____

If so, which / Em caso positivo, qual / quais: _____

Other Details / Outros detalhes

Blood group / Grupo sanguíneo: _____ **RH factor / Fator RH:** _____

When was tetanus last boosted? / Qual foi a última vez que a vacina antitetano foi administrada?

Has any major surgery, bone fracture or illnesses occurred? If so give details: / A criança já passou por alguma cirurgia, fratura óssea ou doença grave? Em caso positivo, forneça detalhes:

Information about swimming / Informações sobre natação

- ☐ My child can confidently swim more than 50 metres / Meu filho / a pode nadar mais de 50 metros com confiança
- ☐ My child can swim, but less than 50 metres / Meu filho / a pode nadar, mas menos de 50 metros
- ☐ My child cannot swim / Meu filho / a não pode nadar

In Case of Accident / Em Caso de Acidente :

Does he/she have a hospital/medical scheme (yes/no)? / Seu filho/a tem um plano de saúde? _____

If yes, please send a copy of the medical card. If no, then by signing this form you are agreeing to pay all medical costs incurred. / Em caso positivo, por favor, enviar cópia da carteira do plano de saúde. Em caso negativo, ao assinar este formulário os senhores estão concordando em pagar todos os custos médicos que venham a ocorrer.

If parents cannot be reached, contact / Caso os pais não sejam encontrados, entrar em contato com:

Name / Nome : _____ Relationship to the child / Relação com a criança: _____

Home Phone / Telefone residencial: _____

Cellular Phone / celular: _____

Dietary Requirements due to Allergy or Religion / Exigências Alimentares devido a Alergias ou Religião:

Parent's Name(s) / Nome do Pai/Mãe: _____

Signature(s) / Assinatura (s): _____

Phone numbers / Telefones: _____

Date: _____