

# MEDICAL FORM FOR FIELD TRIPS / FICHA MÉDICA PARA VIAGEM DE CAMPO

Name of Pupil: Nome do Aluno(a): \_\_\_\_\_

Identidade/Passport N°: \_\_\_\_\_

Title and Destination of Trip / Título e destino da excursão: Concept – Grade 7 - Uruguai

Date / Data: 17 a 21 de novembro 2026 / November 17<sup>th</sup> - 21<sup>st</sup> 2026

Trip Organiser / Organizador: Concept / Treehouse Educação ao Ar Livre

Trip Leader / Líder da excursão: Filippo Croso (Treehouse)

Pupil Group / Turma: Alunos do Grade 7 / Students from Grade 7

## 1. Please complete the following medical information about your child:

Favor completar as informações médicas do aluno(a):

a) Does your child have any condition that requires medical treatment, including medication? If yes, please give brief details:

Yes  No   
Sim  Não

Seu filho(a) tem algum problema de saúde que requer tratamento médico, incluindo a necessidade de medicação? Em caso afirmativo, favor fornecer detalhes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Does your child have any special dietary or medical requirements? If yes, please give brief details:

Seu filho(a) requer alguma dieta ou medicamento especial? Em caso afirmativo, favor fornecer detalhe

Yes  No   
Sim  Não

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor indicar se o aluno come pão e pizza, glúten, leite com lactose, carnes e frutos do mar em geral

c) Please indicate the pain/flu medication you authorise the school to give your child if necessary:

Favor indicar o remédio que seu filho(a) está autorizado(a) a tomar em caso de dores/gripe, se necessário:

\_\_\_\_\_

Yes  No   
Sim  Não

d) Is your son/daughter allergic to any medication? If yes, please specify:  
Seu filho(a) é alérgico(a) a algum medicamento? Em caso afirmativo, favor especificar:

---

e) To the best of your knowledge, has your son/daughter been in contact with any contagious or infectious diseases or suffered from anything in the last four weeks that may be contagious or infectious? If yes, please give brief details:

Você tem conhecimento se seu filho(a) esteve em contato com, ou sofreu, alguma doença contagiosa nas últimas quatro semanas? Em caso afirmativo, favor especificar:

Yes  No   
Sim  Não

---

---

f) Please indicate if your son/daughter has any of the health problems listed below:

Favor indicar se seu filho(a) sofre de algum dos problemas de saúde indicados abaixo:

Observations/ Observações

- ( ) Allergies/Alergias \_\_\_\_\_  
( ) Asthma / Asma \_\_\_\_\_  
( ) Diabetes / Diabetes \_\_\_\_\_  
( ) Disrhythmics/Disritmia \_\_\_\_\_  
( ) Fainting/Desmaios \_\_\_\_\_  
( ) Others/Outros \_\_\_\_\_

---

Favor especificar se alguma das condições acima é grave e a medicação que o aluno(a) vai trazer com ele(a) na viagem

g) Please indicate your son/daughter's blood type and RH factor: / Favor indicar o tipo sanguíneo e fator RH do

aluno(a): \_\_\_\_\_

h) Has your son/daughter had any major surgery, bone fracture or illness? If so, please give details.

Seu filho sofreu alguma operação, fratura ou doença grave? Em caso afirmativo, favor fornecer detalhes: \_\_\_\_\_

---

---

i) When did your son/daughter last have a tetanus vaccination?

Data da última vacinação contra tétano: \_\_\_\_\_

## 2. Medical Insurance Information / Informações Sobre Seguro/Plano de Saúde

a) My son/daughter has a hospital/medical scheme:

Meu filho(a) tem um seguro/plano de saúde:

Yes  
Sim

No  
Não

b) Name of Medical Insurance Company:

Nome da empresa seguradora: \_\_\_\_\_

c) Medical card or policy number:

Número da apólice ou cartão: \_\_\_\_\_

## 3. Contact Information / Contato

Contact name/Nome Contatos: \_\_\_\_\_

Relationship to pupil (mother, father, grandmother, etc.): / Relação com aluno(o) (ex: mãe, pai, avó, etc.):

Work Tel./ Tel. Trab: \_\_\_\_\_ Home Tel./Mobile:/ Tel.Res/Celular: \_\_\_\_\_

Home address: / Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Alternative contact name: / Nome de contato

alternativo: \_\_\_\_\_

Relationship to pupil (mother, father, grandmother, etc.): / Relação com aluno(a) (ex: mãe, pai, avó, etc.):

\_\_\_\_\_

Work Tel./ Tel. Trab: \_\_\_\_\_ Nome Tel./Mobile:/ Tel.Res/Celular: \_\_\_\_\_

Home address:/ Endereço residencial:

\_\_\_\_\_

*Obs.: responsáveis autorizam acompanhamento perante autoridades e atendimentos médicos de urgência.*

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura pai / mãe / responsável legal