



Ficha de Cadastro



NOME DO ALUNO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ Sexo: () M () F

RG: _____ CPF: _____

TELEFONE DO ALUNO: _____ - _____

TIPO SANGUINIO: _____ PESO: _____

TÍTULO: _____ ZONA: _____ CESSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE _____

ESCOLA: _____

PARTICULAR: () BOLSISTA? () SIM () NÃO MUNICIPAL () ESTADUAL () FEDERAL ()

ANO ESCOLAR: _____ TURNO: _____

COR OU RAÇA/ETNIA: () NEGRA () BRANCA () PARDA/MORENA () AMARELA (ORIENTAL)
() INDÍGENA

NOME COMPLETO DO PAI: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: RG: _____ CPF: _____

TÍTULO: _____ ZONA: _____ CESSÃO: _____

E-MAIL: _____ WHATSAPP _____

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: _____ - _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

. AUTORIZO O USO DA IMAGEM E VOZ DO(S) MESMO(S) EM TODO E QUALQUER MATERIAL ENTRE FOTOS,DOCUMENTOS,AUDIO E AUDIOVISUAL,PARA SEREM POSTADOS EM BLOG,SITE,E REDES SOCIAIS (FACEBOOK,INSTAGRAM,TWITTER,WHATSAPP ETC.), PELA EQUIPE KIUNHE COM SEDE NA AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY,2835,PEIXINHOS,OLINDA-PE,INSCRITA NO CNPJ 23.344.281/0001-3, COM A FINALIDADE DE DIVULGAR AS AÇÕES AO PÚBLICO EM GERAL E/OU APENAS PARA USO DESSA INSTITUIÇÃO,INCLUSIVE PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS DESDE QUE NÃO HAJA DESVIRTUAMENTO DA SUA FINALIDADE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

PELO TERMO ASSINADO ABAIXO, DECLARO NÃO ESTA GRAVIDA (PARA AS MULHERES); ESTÁ EM PERFEITO ESTADO FÍSICO E ISENTO AINDA TODOS OS ORGANIZADORES E PROFESSORES DE QUALQUER ACIDENTE QUE POSSA OCORRER COM A MINHA PESSOA, TANTO NA ÁREA CIVIL COMO CRIMINAL E AUTORIZO O ENCAMINHAMENTO AOS PRIMEIROS SOCORROS, ESTOU CIENTE QUE TODAS DESPESAS OCORRERÃO EXCLUSIVAMENTE SOB MINHA RESPONSABILIDADE.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO (PLANO DE SAÚDE)? ()SIM ()NÃO	
TIPO SANGUÍNEO:	FATOR RH:
FAZ ALGUM USO DE MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI ALERGIA ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI ALGUM OUTRO TIPO DE ALERGIA? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI PROBLEMA CARDÍACO? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI ALGUM TIPO DE CRISE SÚBITA DE ASMA/SONAMBULISMO/CONVUSÃO/DESMAIO?	
()SIM ()NÃO QUAIS?	
POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA COM DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTO?	
()SIM ()NÃO QUAIS?	
POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
POSSUI ALGUMA DIFICULDADE FÍSICA TEMPORÁRIA OU PERMANENTE? ()SIM ()NÃO	
QUAIS?	
O PARTICIPANTE ESTÁ APTO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA OU ESPORTIVA? ()SIM ()NÃO ()COM RESTRIÇÕES	

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PRESENTE FICHA SÃO CORRETAS, VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE, E ASSUMO O COMPROMISSO DAS PENALIDADES POR QUAISQUER INFORMAÇÕES FALSAS.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____