

FICHA DE INSCRIÇÃO - ADORAR KIDS 2024

REIS E PROFETAS DA BÍBLIA!

Nome completo: _____ Idade: _____

Localidade (ES): _____ Outras Localidades: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Nome completo do pai: _____ Tel: _____

Favor colocar neste formato: ex. (27) 33333-3333

Nome completo da mãe: _____ Tel: _____

Favor colocar neste formato: ex. (27) 33333-3333

Possui alguma alergia? () Sim () Não - Em caso afirmativo, qual(is)?

Possui alergia a algum(ns) medicamento(s)? () Sim () Não - Em caso afirmativo, qual(is)?

Em caso de dor e febre, qual medicamento e dosagem? _____

A criança está fazendo uso de algum medicamento? * () Sim () Não

Em caso afirmativo, por favor mandar os horários e dosagens por escrito (Receita), para ser entregue ao tio responsável que o orientará.

Possui restrição alimentar? () Sim () Não - Em caso afirmativo, qual(is)?

Pagamento: () Confirmado () Pendente

Tipo de pagamento: () à vista () parcelado, em quantas parcelas? _____

Observações:

Em caso de pendência no pagamento, justificar; e qualquer outra informação relevante sobre seu(sua) filho(a) que não foi abordado anteriormente.
