



TERMO MÉDICO

Festival de Escalada / ASGEM + FRUTO DE LA TIERRA

EU,	
RG:	
CPF:	
Data de Nascimento:	
Tipo sanguíneo:	
Telefone:	
Cidade/Estado:	
Contato de Emergência:	

Inscrito como participante no FESTIVAL DE ESCALADA / ASGEM + FRUTO DE LA TIERRA, na categoria _____, que se realizará nos dias 14 a 16 de abril de 2023, no Espaço Fruto de La Tierra, na cidade de Timbé do Sul em Santa Catarina, Brasil, informo e atesto os seguintes dados:

1 - Você tem algum problema de saúde? Qual? _____

2 - Você está em tratamento médico? Qual? _____

3 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento? Qual? _____

4 - Você tem ou já teve alguns destes problemas de saúde? (se sim, assinale):

- () Hepatite. Tipo _____; () Anemia; () Problemas cardíacos; () Hipertensão;
() Febre Reumática; () Sífilis; () Alergias; () Hipertireoidismo; () Tuberculose;
() Desmaios; () HIV; () Labirintite;

5 - Você já foi submetido a alguma cirurgia? Qual? _____

6 - Você realizou algum teste de esforço recente? _____. Alguma patologia? _____

7 - Se você for sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida? () Sim; () Não;

8 - Possui Convênio Médico ou Seguro de Saúde? _____

Especifique: _____

9 - Existe outra informação pertinente à sua saúde que devemos saber?

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

Data : ____/____/____

Assinatura atleta: _____

Para Menores de 18 anos:

Nome completo do Responsável: _____

Assinatura: _____