**CIRCULAR Nº 535/2024**

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO**

**ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL**

**Evento:** 43º Congresso do ANDES-SN - 27 a 31 de janeiro de 2025 – Sede da Adufes – VITÓRIA-ES

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL DA CRIANÇA** |
| Nome completo do(a) responsável: |
| Seção Sindical: |
| Contatos de telefone: |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA** |
| Nome completo da Criança: |
| Apelido (caso tenha): |
| Idade: |
| Possui alguma deficiência? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A deficiência gera alguma limitação cotidiana e/ou necessita de quais cuidados especiais? |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA** |
| Possui alergias e /ou intolerâncias ou restrições alimentares? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, quais?  Quais as preferências alimentares da criança? |
| Faz uso de medicação? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, quais?  \*Se sim, o(a) responsável deverá apresentar a prescrição com as orientações e os medicamentos para serem ministrados. |
| A criança possui Plano de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, qual?  Nome do Plano de saúde:  Número da carteirinha: |
| **SOBRE HÁBITOS E HABILIDADES DA CRIANÇA** |
| Tem hábito de dormir após o almoço? ( ) SIM ( ) NÃO |
| Utiliza o banheiro sozinha? ( ) SIM ( ) NÃO |

|  |
| --- |
| **INCLUIR OUTRAS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERE PERTINENTES** |
|  |

Assinatura do(a) responsável:

Data: