

MINISTÉRIO INFANTIL KIDES - FICHA DE INSCRIÇÃO

1. INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Nome dos pais: _____

Endereço: _____

Telefone dos Pais/ Responsáveis: _____

2. INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS

Nome do Responsável 1: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

Nome do Responsável 2: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

3. SAÚDE E NECESSIDADES ESPECIAIS

Alergia (alimentos, medicamentos, etc.): _____

Condições médicas pré-existentes (asma, diabetes, etc.): _____

Necessidades Especiais ou mobilidades Reduzidas: _____

4. CONDIÇÕES

A criança possui diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) ou outras condições neurodivergentes? () SIM () NÃO

Se sim, descrever observações que possam ajudar no cuidado e integração:

5. PREFERÊNCIA ALIMENTARES

Restrições alimentares (vegetariana, intolerante à lactose etc.): _____

Alimentos que prefere evitar: _____

6. PREFERÊNCIA DE ATIVIDADES:

Tipos de atividades preferidas: () Recreativa () Artísticas () Culturais

Outras: _____

Preferência por atividades em grupo ou individual: () Grupo () Individual

Sensibilidades Específicas (sons altos, luzes piscantes, etc.) () SIM () NÃO

7. AUTORIZAÇÃO PARA FOTOS E VÍDEOS

Autorizo a capturar fotos e vídeos da criança em atividade: () SIM () NÃO

8. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Ao assinar, eu _____ autorizo meu/minha filha (o) a participar das atividades do Ministério Infantil KIDES e confirmo que as informações fornecidas estão corretas.

Assinatura do responsável: _____

Data: ____/____/____