



FICHA CADASTRAL DO BOIA CROSS REQUISITO 6.7

Versão: 03/03
Data: 12/11/2014

Data Revalidação:

Autor: Andréa G. Calicchio

Toda Atividade de Turismo de Aventura oferece riscos. Estou ciente e vou seguir todas as orientações dos condutores durante a atividade para minimizar os riscos. Para melhor segurança o Boia Cross não poderá ser realizado por pessoas acima de 110 Kg, gestantes, crianças abaixo de 7 anos e por pessoas sob efeito de álcool ou drogas.

Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	
Data:	Hora do passeio:	Nome Completo:	Fone:	Data Nasc:
Limitações para realizar o passeio: () sim () não Qual?		Restrição médica/medicamentos/alergias? () sim () não Qual?		
Hotel:	Tipo Sanguíneo:	Nome e telefone de contato em caso de emergência:	Assinatura:	