|  |
| --- |
| Nome completo: |
|  |
| Dia do curso: 23 à 27de abril de 2018Horário das 14h às 18h.  | Data da inscrição: |
| Idade: | Data de Nascimento: |
| RG: | CPF: |
| Endereço:  |
| CEP:  | Bairro: |
| Grau de Escolaridade: |
| Profissão: |
| Email: |
| Telefone Fixo: | Celular: |
| Possui alergia: ( ) SIM ( ) NÃOSe sim qual: |
| Toma medicamento controlado: ( )Sim ( )Não Se sim qual: |  |
| Apresenta problemas diversos de saúde, que cause algum tipo de impossibilidade nas aulas práticas: ( ) SIM ( ) NÃO.Os exponha:Nome do responsável pela inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



CRUZ VERMELHA BRASILEIRA NO ESTADO DO PARÁ

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE GESTÃO DE RISCOS E DESASTRES

CURSO DE APH (atendimento pré-hospitalar) DA CVB

FICHA DE INSCRIÇÃO

**---------------------------------------------------------via aluno------------------DESTACAR AQUI----------------**

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA NO ESTADO DO PARÁ

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE GESTÃO DE RISCOS E DESASTRES

CURSO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dia do curso: 23 à 27de abril de 2018. Horário 14h às 18h.Data da insc:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2018Valor R$: 100,00Responsável pela inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |