|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome completo: | | | | |
|  | | | | |
| Dia do curso: 23 à 27de abril de 2018  Horário 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 ( ) NÃO  Se 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:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2018  Valor R$: 100,00  Responsável pela inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |