



**FICHA DE INSCRIÇÃO
CURSO WFA-PRIMEIROS SOCORROS EM ÁREAS REMOTAS**

NOME: _____ IDADE _____

ENDEREÇO: _____

EMAIL: _____ TELEFONES: _____

ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

RG: _____ CPF: _____

JÁ FEZ ALGUM CURSO DE EMERGÊNCIAS? SIM (___) NÃO (___)

ONDE: _____ QUAL CURSO: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS:

TEM ALERGIAS: _____

FAZ USO DE MEDICAÇÃO _____

POSSUI CONVENIO MÉDICO: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR: _____

**ENVIAR A FICHA PREENCHIDA COM O COMPROVANTE DE
PAGAMENTO VIA EMAIL.**

padilhatreinamentos@gmail.com