

Modelo de ficha para fila de espera

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /

Modelo de ficha para fila de espera

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /

Nº na fila		Nome e sobrenome		
Nº de lugares		Ambiente pretendido		
Ambiente alternativo		Atendimento preferencial?		
		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Nec. Esp. <input type="checkbox"/> Não		
Reconhecimento visual do solicitante				
Vestuário		Cores		
<input type="checkbox"/> Camisa <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/> Blusa <input type="checkbox"/> Calça <input type="checkbox"/> Boné <input type="checkbox"/> Chapéu <input type="checkbox"/> Colar				
Hora solicitação	Hora acomodação	Da mesa:	Para mesa:	Data
:	:			/ /