

 30/SP - TUIDARA
AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADE FORA DA SEDE (EM BRANCO)

Eu, _____ / _____,
(nome do pai/mãe ou responsável legível) (CPF do responsável)
como _____, autorizo _____,
(grau de parentesco)

membro do Movimento Escoteiro, a participar da seguinte atividade externa:
Jantar Festivo "Noite Mexicana"
localizada em Rua Eclisio Viviani, 78 - Salão de Festas do Edifício Júlia
realizada pela/o _____
do Grupo Escoteiro TUIDARA a realizar-se entre os dias 24/06/2017 e 24/06/2017.
Saída: 24/06/2017 18:30 - Salão de Festas
Chegada: 24/06/2017 22:00 - Salão de Festas

Custo individual da atividade: R\$ 30,00
Tendo total ciência de que o Grupo Escoteiro, na figura do/a Chefe _____ é responsável pelo(a) associado(a) apenas durante a realização da referida atividade, ficando isento de responsabilidades pelo deslocamento do(a) associado(a) de sua residência até o local de saída da atividade, como seu retorno do local de chegada da atividade até sua residência, subscrevo-me.
Srs responsáveis - Informe eventuais restrições com relação à participação do jovem acima a esta atividade: _____

Cidade _____ / _____ / _____
Data _____ Assinatura _____

FICHA MÉDICA DO PARTICIPANTE (FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS ABAIXO)

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim
() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição
() Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO () Não () Sim
() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios () Dengue () Diabetes
() Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Rubéola () Sarampo () Sinusite

Em tratamento: _____
Informações: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO) () Não () Sim ***** Se necessário, listar medicamentos no verso *****
Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? () Sim () Não
Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS
() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas
Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____ Telefone: _____
Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____ Nº Carteirainha: _____
Médico de Preferência: _____ Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim
() Picada de inseto Cite: _____
() Medicamentos Cite: _____
() Plantas Cite: _____
() Alimentos Cite: _____
() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS
Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____
Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____
Problemas cardíacos? () Não () Sim Cite: _____
Sabe nadar? () Não () Sim
É sonâmbulo? () Não () Sim

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS
Apresenta Distúrbio de Comportamento? Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.
() Não () Sim Cite: _____
Apresenta Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.
() Não () Sim Cite: _____
Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.
() Não () Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim
() Física Cite: _____
() Visual Cite: _____
() Auditiva Cite: _____
() Intelectual Cite: _____

Data da última atualização: _____ Assinatura do Pai/Responsável: _____
PARA ATUALIZAR AS INFORMAÇÕES, ALTERE A CANETA, ASSINE E INFORME A CHEFIA.
NO CASO DE INFORMAÇÕES EM BRANCO, SE NECESSÁRIO, ESCREVA A CANETA, ASSINE E INFORME A CHEFIA.