



111/PR - SÃO MARCELINO CHAMPAGNAT

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:

ACAMPAMENTO FINALlocalizada em Recanto Marista Santa Maria

realizada pela/o _____

do Grupo Escoteiro SÃO MARCELINO CHAMPAGNAT a realizar-se entre os dias 02/12/2017 e 03/12/2017Saída: 02/12/2017 22:00 - Sede do Grupo EscoteiroChegada: 03/12/2017 12:00 - Canto da Tropa Sênior/Guia VIKING**Custo individual da atividade: R\$ 10,00**

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 SEGUINTES 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.