



172/SP - ARAGUAÇU

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO - ACAMPAMENTO DE GRUPO 2018 - MEDIEVAL

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

a participar da seguinte atividade externa:

ACAMPAMENTO DE GRUPO - MEDIEVALlocalizado em SITIO ACAMPAMENTO RECANTO DOURADO - EST. JOSÉ DE CARVALHO, KM 123 - DOURADINHO - PIEDADE/SP

realizado pelo Grupo Escoteiro Araguaçu - 172/SP, nos dias 30 de novembro de 2018 a 02 de dezembro de 2018.

Saída: 30/11/2018 21:00 - SEDE GEAChegada: 02/12/2018 20:00 - SEDE GEA**Custo individual da atividade: R\$ 220,00**

Tendo total ciência de que o Grupo Escoteiro, na figura da Diretora Presidente Ester Demberer 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

Informação _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____ Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____ Nº Carteira: _____

Médico de Preferência: _____ Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____ Deve tomar algum medicamento? Qual? _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____ Deve tomar algum medicamento? Qual? _____

() Alimentos Cite: _____ Deve tomar algum medicamento? Qual? _____

() Outro Cite: _____ Deve tomar algum medicamento? Qual? _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento () 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: _____

Telefone dos responsáveis:

1) Nome: _____ Tel.: _____

2) Nome: _____ Tel.: _____

Assinatura do Responsável: _____