

Eu, _____ / _____ ,
(nome do pai/mãe ou responsável legível) (CPF do responsável)

como _____ , autorizo _____ ,
(grau de parentesco) (participante)

a participar da atividade Dia do Amigo, realizada pela Unidade Escoteira Local _____
a realizar-se no dia ____/____/____, das ____:____ horas até as ____:____ no local _____

Tenho total ciência que a responsabilidade pelo participante acima citado, é do Coordenador da Atividade, associado(a) dos Escoteiros do Brasil _____, apenas durante a realização da referida atividade, ficando isento de responsabilidades pelo deslocamento do(a) participante de sua residência até o local da atividade, como seu retorno do local da atividade até sua residência.

Srs responsáveis - Informem eventuais restrições com relação à participação do jovem acima para 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: _____

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 ____/____/____

Assinatura do Pai/Responsável: _____