



FICHA DE INSCRIÇÃO

Temporada : a de _____ de 201__

Dados do Acampante:

Nome:

Idade: Data de nascimento:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Fone res: () Celular: ()

e-mail:

Dados dos responsáveis:

Nome do Pai:

RG: CPF:

Fone res: () Celular: () Comercial:()

e-mail:

Nome da Mae:

RG: CPF:

Fone res: () Celular: () Comercial:()

e-mail:

Na ausência dos pais procurar por:

Grau de parentesco:

Endereço:



Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Fone res: ()

Celular: ()

Comercial:()

e-mail:

Ficha Médica

Peso:

Altura:

Tipo sanguíneo:

RH:

Está em tratamento médico?

Qual?

Faz ou fez acompanhamento psicológico?

Por qual motivo?

Levará remédios para o Acampamento?

Quais?

Doses e horários a serem ministrados:

Em caso de febre, o que deverá tomar?

A partir de quantos graus? Dose:

É alérgico(a) à **Penicilina** ?

Possui outros tipos de alergia?

Quais?



Tem todas as vacinas válidas?

Já tomou vacina antitetânica? Quando?

Já tomou vacina contra febre amarela? Quando?

Apresenta alguma deficiência física ou psicossomático? Qual?

Alguma restrição alimentar? Qual?

Já teve, ou é propenso à convulsão?

Asma?

Disritmia?

Diabetes?

Bronquite?

Sonambulismo?

Outros?

Medicações usuais, nos casos de:

Alergia:

Dor de garganta:

Dor de ouvido:

Tosse:

Dor de cabeça:

Diarreia:

Outros :

Sabe nadar? ()SIM ()NÃO

Autorização para natação: ()SIM ()NÃO COM BÓIA() SEM BÓIA()

OBS. O(A) Acampante autorizado a nadar com bóia, deverá levar a mesma!

Há algum mal, que a prática de esportes possa agravar? Qual?

Em caso de menina, já teve menstruação?

No caso de cólicas menstruais, deverá ser medicada com:

Apresenta medos ou fobias?



Possui algum convênio médico e/ou hospitalar? Qual?

Levará para o Acampamento o documento relativo ao convênio?

Em caso afirmativo este documento deverá ser colocado no fundo da mala do Acampante.

Informações complementares?

Remédios que o acampante deverá tomar durante o período do acampamento deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues ao monitor no dia da chegada.

Atenção: medicamentos que requeiram prescrição médica serão ministrados somente se acompanhados da receita médica.

O acampante não poderá ter medicamentos em seu poder no acampamento.

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Atesto que recebi e li o Contrato de prestação de serviços e demais documentos que dele fazem parte. Estou ciente das normas gerais do acampamento e da natureza de suas atividades e declaro verdadeiras as informações prestadas nestes documentos, na qualidade de responsável legal do menor, não omitindo nenhuma informação de importância ou que possa comprometer o atendimento e segurança do acampante.

Desta forma, autorizo o acampante:

a viajar e participar do acampamento Timbalaia no período de:

São Paulo, _____ de 201__



Assinatura

Nome

RG

CPF