



AEBP – Associação de Escoteiros Baden-Powel
Liga de Escotismo de Sergipe



1º/SE Grupo Escoteiro Sergipe Del Rey
AUTORIZAÇÃO INDIVIDUAL

Eu, _____, (nome do pai/mãe ou responsável legal)
como _____, autorizo _____, (CPF do responsável)
(grau de parentesco)
membro do Movimento Escoteiro, a participar da seguinte atividade externa:

localizada em _____
realizada pela/o _____,
do Grupo Escoteiro _____ a realizar-se entre os dias _____ e _____.
Saída: _____
Chegada: _____

Custo individual da atividade:

Tendo total ciência de que o Grupo Escoteiro, na figura do/a Chefe **MARCOS ANTONIO CORREIA SANTOS JUNIOR** 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

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

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () sim () não

() 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: _____

Médico de Preferência: _____

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

Apresenta Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

() Não () Sim

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

Assinatura do Pai/Responsável: _____