52/SC - DESTERRO

AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADE FORA DA SEDE (EM BRANCO)

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

como _____ , _____ ,
(grau de parentesco)

membro do Movimento Escoteiro, autorizo a participar da seguinte atividade externa:
Atividade de Patrulha _____
localizada em Casa da Chefe Gabriela (Servidão Recanto Verde, 170)
realizada pela/o _____ ,
do Grupo Escoteiro DESTERRO a realizar-se entre os dias 27/01/2024 e 27/01/2024 .
Saída: 27/01/2024 14:00 - Casa da Chefe Gabriela
Chegada: 27/01/2024 17:00 - Casa da Chefe Gabriela

Custo individual da atividade: R$ 0,00

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
( ) Bomba de insulina ( ) Outros Cite: _____

SAÚDE FÍSICA ( ) Não ( ) Sim

( ) Asma ou bronquite ( ) Rinite ou sinusite ( ) Hipertensão ( ) Diabetes
( ) Convulsões ou epilepsia ( ) Problemas dermatológicos ( ) Problemas cardíacos ( ) Problemas renais
( ) Problemas reumatológicos ( ) Problemas hematológicos
(x) Outros Cite: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU ( ) Não ( ) Sim ***** Se necessário, listar medicamentos no**

O jovem tem autonomia e está treinado para administrar sua medicação sozinho? ( ) Sim ( ) Não
Informações _____
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: _____ Carteirinha _____
Médico de Preferência: _____ Telefone(s): _____

ALERGIAS ( ) Não ( ) Sim

( ) Picada de inseto Cite: _____
( ) Medicamentos Cite: _____
( ) Plantas Cite: _____
( ) Alimentos Cite: _____
( ) Ácaros Cite: _____
( ) Fungos Cite: _____
( ) Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? ( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Restrições a alimentos? ( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Sabe nadar? ( ) Não ( ) Sim

SAÚDE MENTAL

Apresenta Distúrbio de Comportamento?
( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Faz uso de medicação para este transtorno?
( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Faz acompanhamento com psicólogo?
( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Faz acompanhamento com medico?
( ) Não ( ) Sim Cite: _____
Faz acompanhamento com outro profissional?
( ) Não ( ) Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS ( ) Não ( ) Sim

( ) Física Cite: _____
( ) Visual Cite: _____
( ) Auditiva Cite: _____

( ) Intelectual Cite: _____

( ) Autismo Cite: _____

APRESENTA NO COMPORTAMENTO

Crises de explosão em que agrida a si mesmo?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Crises de explosão em que agrida os outros?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Agitação psicomotora que atrapalhe a concentração?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Dificuldade de obedecer instruções verbais? De que tipo?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Tendência a fugas?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Comportamento auto-destrutivo (cortes, arranhões, etc.)?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Crises de ansiedade ou pânico?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Dificuldade de comunicação com outras pessoas?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Dificuldades alimentares?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Dificuldades de sono?

( ) Não ( ) Sim Cite: _____

Data da última atualização: Assinatura do 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.

_____