

Acantonamento de férias

FICHA DE INSCRIÇÃO

Temporada de 12 a 15 de julho de 2023

Local: Clube da Apcef/SP, Av. Yervant Kissajikian, 1.256, Interlagos, capital

As regras do evento constam no Manual do Acampante

Nome da criança

Idade

Data de nascimento

RG da criança

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

Estado

Telefone residencial

()

Telefone comercial

()

Celular

()

Telefone celular da criança

()

Tamanho da camiseta

E-mail da criança

Nome do pai

Telefone

()

Nome da mãe

Telefone

()

E-mail dos pais

Na ausência dos pais e/ou responsáveis procurar por:

Nome

Grau de parentesco

Endereço

Número

Telefone res.

Telefone com.

Celular

()

()

()

Acantonamento de férias

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Temporada de 12 a 15 de julho de 2023

_____ declara o seguinte:
(nome do responsável pela criança)

- a) é legalmente responsável pelo menor _____, por ser o _____ (pai, mãe, responsável ou outro título- apresentando o respectivo documento), e autoriza que ele(a) participe do evento denominado “Acantonamento de Férias”, descrito no “Manual do Acampante”;
- b) tem ciência do conteúdo do “Manual do Acampante”, que estipula as regras do evento denominado “Acantonamento de Férias”, que será realizado no clube da Apcef/SP, na Av. Yervant Kissajikian, 1.256, em Interlagos, na capital, entre os dias 12 e 15 de julho de 2023;
- c) que recebeu uma cópia do referido “Manual do Acampante” e declara expressamente que concorda com todas as regras e orientações nele contidas.
- d) autoriza o uso da imagem para fins de divulgação em nossos meios de comunicação.

_____, ____ de _____ de 2023.

_____ (assinatura)

Acantonamento de férias

FICHA MÉDICA

Temporada de 12 a 15 de julho de 2023

Está em tratamento médico? () sim () não

Se sim, qual? _____

Levará remédios? _____ 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? () sim () não

Quais? _____

Medicações usuais (somente será ministrado pela enfermeira de plantão, conforme orientações do Manual do Acampante)

Alergia: _____ Dor de garganta: _____

Dor de ouvido: _____ Tosse: _____

Dor de cabeça: _____ Diarreia: _____

Outros: _____

Tomou vacina contra Covid-19? _____ Quantas doses? _____ Datas: ___/___/___ ___/___/___

Tomou vacina antitetânica? _____ Quando? _____

Apresenta alguma deficiência física ou psíquica? _____ Qual? _____

Alguma restrição alimentar? _____ Qual? _____

Já teve, ou é propenso, à:

Convulsão? _____ Asma? _____ Disritmia? _____ Bronquite? _____ Sonambulismo? _____ Diabetes? _____

Outros? _____

Sabe nadar? () sim () não

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: _____

Possui algum convênio médico e/ou hospitalar? _____ Qual? _____

Em caso afirmativo, a carteirinha do convênio e o RG deverão ser entregues no momento do embarque.

Observações gerais:

Concordo com todos os itens esclarecidos neste documento.

São Paulo, _____ de _____ de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaro, para todos os efeitos de direito, que as informações acima são verdadeiras.

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

R.G. _____ CPF _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____