



5/MS - ATALAIA DO PANTANAL

## 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:

[GRUPO] - Desfile cívico 26 de agosto

localizada em Rua 13 de Maio, 2738 (no cruzamento com a rua Dom Aquino)

realizada pela/o \_\_\_\_\_ ,

do Grupo Escoteiro ATALAIA DO PANTANAL a realizar-se entre os dias 26/08/2024 e 26/08/2024 .

Saída: \_\_\_\_\_

Chegada: \_\_\_\_\_

**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 SEGUINTE 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: \_\_\_\_\_ Carteirainha \_\_\_\_\_

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 médico?

( ) 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.

\_\_\_\_\_