



ACAMPAMENTOS

FICHA DE SAÚDE

DADOS PESSOAIS

ESCOLA				SÉRIE	

NOME COMPLETO DO ALUNO				SEXO	
				M	F
DATA DE NASCIMENTO		ENDEREÇO			
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF	
TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR		E-MAIL	
PAI			TELEFONE COMERCIAL		
E-MAIL:					
MÃE			TELEFONE COMERCIAL		
E-MAIL:					
NA AUSÊNCIA DOS PAIS COMUNICAR-SE COM			PARENTESCO	TELEFONE	

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

TEM ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU PSICOLÓGICO?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	MOTIVO	
TEM RESTRIÇÃO A ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	QUAIS?	
SABE NADAR COM DESENVOLTURA?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	OBS.	

COMO DEVE SER MEDICADO EM CASO DE: (INDIQUE NOME(S) DO(S) REMÉDIO(S) E POSOLOGIA – NOME DO GENÉRICO SE DISPONÍVEL)

FEBRE	DOR DE CABEÇA
ENJÔO	DOR MUSCULAR
TOSSE	DOR DE OUVIDO
DIARRÉIA	CÓLICA INTESTINAL
DOR DE BARRIGA	CÓLICA MENSTRUAL

APRESENTA DISTÚRBIOS DE:

DIABETES	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS	
CONVULSÕES	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS	
AMIGDALITE	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS	
ASMAS OU BRONQUITES	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	FATOR DESENCADEANTE	
INSTRUÇÕES						
ALERGIA	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	FATOR DESENCADEANTE	
INSTRUÇÕES						
REUMATISMO	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES	
ENURESE NOTURNA	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES	
SONAMBULISMO	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES	
TEM TODAS AS VACINAS VÁLIDAS?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	NÃO ESQUEÇA DE PROVIDENCIAR	

OBSERVAÇÕES DE IMPORTÂNCIA

IMPORTANTE: PREENCHA CORRETAMENTE ESTA FICHA. ELA É FUNDAMENTAL PARA O ATENDIMENTO E SEGURANÇA DO ACAMPANTE.



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA COMPLETA E CORRETAMENTE, EM LETRA LEGÍVEL, PELO PAI OU RESPONSÁVEL DO ALUNO E SER ENTREGUE AO RESPONSÁVEL DA VIAGEM PARA QUE ESTEJA DISPONÍVEL DESDE A PARTIDA DA ESCOLA ATÉ O RETORNO AO LOCAL DE ORIGEM. **NÃO DEVOLVER ESTA FICHA AO NR.**
- SEMPRE QUE NECESSÁRIO, OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS SERÃO COMUNICADOS. AINDA ASSIM, O TOTAL PREENCHIMENTO DESTA FICHA AUXILIARÁ EM QUALQUER CASO DE EMERGÊNCIA.
- REMÉDIOS QUE O ALUNO DEVERÁ TOMAR DURANTE O PERÍODO DO ACAMPAMENTO DEVERÃO SER LEVADOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE, COM AS DEVIDAS PRESCRIÇÕES E ENTREGUES, NA PARTIDA, AO RESPONSÁVEL DO GRUPO COM ORIENTAÇÕES SOBRE SUAS ADMINISTRAÇÕES.
- O GRUPO VIAJA COM SEGURO VIAGEM OU CONVÊNIO SAÚDE, AS DESPESAS MÉDICAS SERÃO REEMBOLSADAS PELA SEGURADORA OU COBERTAS PELO CONVÊNIO, CONFORME CONDIÇÕES CONTRATUAIS, DO CONTRÁRIO CABERÁ AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS, O REEMBOLSO DAS MESMAS AOS RESPONSÁVEIS DO GRUPO E/OU DO ACAMPAMENTO.
- O SEGURO VIAGEM OU CONVÊNIO SAÚDE NÃO COBRIRÁ DESPESAS NO CASO DE DESLIGAMENTO DO GRUPO POR QUALQUER MOTIVO, OU SE O ALUNO INFRINGIR AS NORMAS DO ACAMPAMENTO E RECOMENDAÇÕES DOS ACOMPANHANTES E MONITORES; TRATAMENTO DE MOLÉSTIAS OU ESTADOS PATOLÓGICOS PROVOCADOS PELA INGESTÃO INTENCIONAL DE DROGAS, ENTORPECENTES OU PSICOTRÓPICOS, ABUSO DE BEBIDAS OU PELO USO DE REMÉDIOS SEM RECEITA MÉDICA; REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E SERVIÇOS SUPLEMENTARES OU ATÉ CONTINUIDADE DE TRATAMENTO EXECUTADO POSTERIORMENTE AO TÉRMINO DA VIAGEM; DESPESAS E TRATAMENTOS OCASIONADOS NA ORIGEM, SOMENTE NO DESTINO DA VIAGEM.

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

ESTOU CIENTE DAS NORMAS GERAIS DO ACAMPAMENTO E DAS OBSERVAÇÕES ACIMA E DECLARO VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS, NÃO OMITINDO NENHUMA INFORMAÇÃO DE IMPORTÂNCIA OU QUE POSSA COMPROMETER O ATENDIMENTO E A SEGURANÇA DO ACAMPANTE.

DESTA FORMA, AUTORIZO MEU FILHO(A) _____
DA _____ SÉRIE DO ENSINO _____ DA ESCOLA _____
A VIAJAR E PARTICIPAR DO ACAMPAMENTO NR NO PERÍODO DE ____ / ____ / 200__ A ____ /
____ / 200__ , ACOMPANHADO(A) PELOS ACOMPANHANTES DA ESCOLA E/OU RESPONSÁVEIS,
ASSIM COMO, SER MEDICADO COM OS REMÉDIOS CITADOS NO ANVERSO E TAMBÉM PRESTAR O
DEVIDO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR SE NECESSÁRIO.

_____, ____ / ____ / 200__.
LOCAL E DATA

NOME DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA

RG

Adendo: Atesto acima o recebimento do Folheto de Orientações Gerais, estando ciente da natureza das atividades do NR e autorizando a participação de meu filho (a) em todas as que forem oferecidas durante sua estadia.
(Em caso de não autorização da participação em alguma atividade, citá-la ao lado): _____

FAVOR INFORMAR:

Convênio Médico : _____

No. da Carteirainha : _____