



UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL – U.E.B.
Região de São Paulo
11º Distrito Escoteiro de São Caetano do Sul
Grupo Escoteiro São Francisco de Assis - 09º SP

Mod. 006/11-ADM

FICHA DE INSCRIÇÃO EM ATIVIDADE E FICHA MÉDICA

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, N.º, CEP, CIDADE, ESTADO)		
PESSOA A SER CONTATADA, EM CASO DE NECESSIDADE	TELEFONES DE CONTATO (CÓDIGO + NÚMERO)	
PLANO DE SAÚDE ASSOCIADO E N.º DA CARTEIRA		

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM "X"

<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA	<input type="checkbox"/> CÓLICAS	<input type="checkbox"/> DOR DE DENTE	<input type="checkbox"/> OUTROS, QUAIS ?
<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ERUPÇÕES CUTÂNEAS	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> DESMAIOS	<input type="checkbox"/> BRONQUITE	<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> NECESSITA INJEÇÕES	<input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> NECESSITA SORO REFRIGERADO	<input type="checkbox"/> CORISA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> _____

SE POSSUI LIMITAÇÕES E/OU INCAPACIDADES, RELACIONAR ABAIXO

GRUPO SANGÜÍNEO	DATA DO ÚLTIMO EXAME MÉDICO	DATA DA ÚLTIMA VACINA ANTITETÂNICA
TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO?	QUAL?	
TEM REAÇÃO ALÉRGICA À INSETO?	QUAL?	
NOME E ENDEREÇO PARA CONTATAR O SEU MÉDICO:	TELEFONE	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ATIVIDADE EXTERNA (RESPONSÁVEL)

Autorizo o MEMBRO supra mencionado, a participar do(a) _____
_____ a se realizar nos dias _____ a _____, no (a)
_____ localizado a _____
_____, Município de _____, tel.: () _____.

Ao mesmo tempo me responsabilizo por todas as informações aqui prestadas, estando ciente da aplicação do método escoteiro, programação da atividade e objetivos a que ela se destina.

NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL	TELEFONE	CELULAR
TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE	EXPEDIDO EM:	POR:
LOCAL E DATA	ASSINATURA	

NO CASO DE MEMBRO JUVENIL ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA E ASSINADA PELO PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL. NO CASO DE ADULTO, O PRÓPRIO DEVERÁ ASSINAR.

TAXA MEMBROS JUVENIS: _____
MEIO DE TRANSPORTE: _____
HORÁRIOS:
Saída da Sede as _____ do dia _____
Retorno a Sede as _____ do dia _____

DATA LIMITE PARA INSCRIÇÃO: _____

OBS.: _____

PREENCHER ESTE QUADRO:

Nº INSCR. UEB: _____

RAMO: _____

OBS.: É NECESSÁRIO ESTAR EM DIA COM A UEB E COM AS MENSALIDADES PARA PARTICIPAR DA ATIVIDADE.

NOME E TELEFONE DOS CHEFES RESPONSÁVEIS PELA ATIVIDADE
ENDEREÇO DO LOCAL DA ATIVIDADE

DESTAQUE ESTA FILIPETA E MANTENHA EM SEU PODER E EM LOCAL DE FÁCIL ACESSO CASO NECESSITE ENTRAR EM CONTATO COM OS CHEFES OU COM O JOVEM