

Apcef nos Passos da Cultura

Especial para as Crianças - 17 de julho de 2024

AUTORIZAÇÃO

_____ 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 “Apcef nos Passos da Cul-
tura- Especial para as Crianças”;

b) autoriza o uso da imagem para fins de divulgação em nossos meios de comu-
nicação.

_____, _____ de _____ de 2024.

(assinatura)

Apcef nos Passos da Cultura

Especial para as Crianças - 17 de julho de 2024

FICHA MÉDICA

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 2024.

DECLARAÇÃO

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

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

R.G. _____ CPF _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____