UEB - União dos Escoteiros do Brasil
Região do Rio Grande do Sul
GRUPO ESCOTEIRO NIMUENDAJU - 014 RS

26 e 27 de Julho de 2014

www.jogosnoturnos.com

Grupo Escoteiro:	Numeral:	Cidade:
Nome do(a) Jovem:		
Sexo: ❑ M ❑ F	Data de Nascimento:	Idade:
Registro na UEB Nº:	Documento de Identificação:	Patrulha:
e-mail:		
Endereço:		
Convênio / Plano de Saúde:		Nº:
Tamanho de Camiseta: ❑ PP ❑ P ❑ M ❑ G ❑ GG ❑ GGG	Altura (m):	Peso (kg): / Tipo Sanguíneo: Rh
Alergias: ❑ Pó ❑ Mofo ❑ Picada de Insetos	❑ Outras – quais:	
Alergias a medicamentos: ❑ Penicilina ❑ Mercúrio ❑ Iodo ❑AAS ❑ Outros?		
Quais?:		
Como se manifesta a alergia? ❑ Mancha Avermelhada / Arroxeada na Pele ❑ Dificuldade em Respirar ❑ Coceira		
Outros? Citar:		
Necessita Alimentação Especial: ❑ Vegetariana ❑ Kasher	Tem algum tipo de restrição alimentar?	
Impedimento Físico? Necessita de cuidados especiais? Descrevê-los:		
Faz tratamento médico? Que tipo?	Toma medicação? Que tipo?	
	(não esqueça de trazê-la, anotar posologia na caixa e no verso desta)	
Fobias? Qual?	Data da última vacina antitetânica:	
Já tomou vacina para: ❑ Febre Amarela	❑ Meningite ❑ Sarampo	Outras? Quais?

Indique doenças que teve, problemas a que está sujeito e outras:				
❑ Apendicite	❑ Asma	❑ Bacilo de Koch	❑ Bronquite	❑ Catapora
❑ Caxumba	❑ Cefaléia	❑ Cólicas	❑ Convulsões	❑ Desmaios
❑ Diabetes	❑ Dismenorréia	❑ Dores de Cabeça	❑ Erupção Cutânea	❑ Escarlatina
❑ Febre Reumática	❑ Febre Tifóide	❑ Hemorragias	❑ Hérnias	❑ Hepatite
❑ Litiase urinária	❑ Pneumonia	❑ Rinite	❑ Rubéola	❑ Sarampo
❑ Sinusite	❑ Sonambulismo	❑ Tuberculose	❑ Vertigens	❑

Possui algum problema cardíaco? ❑ Sim ❑ Não Qual?	Possui algum problema renal? ❑ Sim ❑ Não Qual?
Sabe nadar? ❑ Sim ❑ Não	Pratica esportes? Quais?

UTILIZE O VERSO PARA OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Esta *Ficha de Saúde* é para uso em *Casos de Emergência*. Deve ser preenchida preferencialmente em letra de forma e sem omissões -

Estando ciente da atividade a ser desenvolvida, autorizo o jovem identificado acima a dela participar, bem como a receber atendimento médico clínico e cirúrgico de urgência, nos casos em que o profissional médico julgar necessário. Sei, também, que serei imediatamente avisado pela coordenação do evento em caso de qualquer situação fora da normalidade.

Ass. Responsável:	*Fones para Contato:*	

Enviar esta ficha por e-mail, anexar no ato da inscrição on-line ou entregar no cadastramento no dia da atividade. Sem esta ficha devidamente preenchida, por questões de segurança, o jovem não poderá participar. Agradecemos a colaboração.