

DADOS DO ACAMPANTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 RG ou Cert. Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: Fem.  Masc.   
 Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ complemento \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 Telefone Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Instagram do Aluno: \_\_\_\_\_

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Tel. Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Instagram: \_\_\_\_\_

DECLARAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Data da última vacina antitetânica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	Sim	Não	Comentários:
--	-----	-----	--------------

- Tem ou teve alguma doença grave? \_\_\_\_\_
- Tem ou teve asma ou bronquite? \_\_\_\_\_
- Tem ou teve convulsões? \_\_\_\_\_
- Tem ou teve problemas cardíacos? \_\_\_\_\_
- Sofre de enurese? \_\_\_\_\_
- Tem diabetes? \_\_\_\_\_
- É portador de necessidades especiais? \_\_\_\_\_
- Já fez alguma cirurgia? Quando? \_\_\_\_\_
- Tem ou teve algum tipo de alergia? \_\_\_\_\_
- Tem alergia a algum medicamento? \_\_\_\_\_
- Tem alguma restrição alimentar? \_\_\_\_\_
- Faz acompanhamento psicológico? \_\_\_\_\_
- Faz tratamento com homeopatia? \_\_\_\_\_
- Está sob orientação médica ou tomando medicamento? \_\_\_\_\_
- Tomou vacina contra o Vírus Influenza? \_\_\_\_\_
- Tomou vacina contra a COVID-19? \_\_\_\_\_

Sintoma	Medicamento	Procedimento
Febre		
Enjôos / Vômitos		
Dor de Cabeça		
Dor de Garganta		
Dor de Ouvido		
Tontura		
Cólica		
Resfriado / Gripe		

DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM (favor assinalar os itens abaixo)

- ( ) Declaro verdadeiras as informações por mim prestadas nestes documentos, não omitindo nenhum dado de importância ou que possa comprometer o atendimento e a segurança do Acampante.
- ( ) O Acampamento Paiol Grande fica autorizado a cobrar justa indenização por qualquer dano causado em suas instalações ou a terceiros. As indenizações deverão ser pagas por mim ao Acampamento Paiol Grande, no prazo de 15 (quinze) dias após o término da temporada.
- ( ) Estou ciente da natureza das atividades que o Acampamento Paiol Grande oferece, e autorizo o Acampamento a providenciar atendimento médico necessário ao acampante. Autorizo o Acampamento Paiol Grande a registrar e disponibilizar a imagem do acampante – em foto e vídeo – via drive a ser compartilhado com os responsáveis. E, por estar ciente e concordar com as instruções e informações prestadas pelo Paiol Grande, firmo abaixo. Eu portador do CPF autorizo o(a) menor \_\_\_\_\_ a viajar para o Acampamento Paiol Grande no transporte fretado pela escola/agência parceira, no período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável pelo Acampante: \_\_\_\_\_