

Colégio: _____

Ano do Aluno: _____

Data da Temporada: ____/____ a ____/____ de ____ de 20____

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: _____