



**Distrito Escoteiro de São Bernardo do Campo – Região São Paulo**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO DE ATIVIDADE INDIVIDUAL**



Lobo(a)  Escoteiro(a)  Sênior / Guia  Pioneiro(a)  Escotista  STAFF / APOIO

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO
ENDERECO 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		
NUMERAL E NOME DO GRUPO ESCOTEIRO		CIDADE ESTADO

**DOENÇAS QUE JÁ TEVE - MARQUE COM UM “X”**

APENDICITE	PROBLEMA CARDÍACO	CAXUMBA	OUTROS
CATAPORA	PROBLEMA RENAL	FEBRE REUMÁTICA	
HÉRNIA	SARAMPO	ESCARLATINA	

**SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTEs, MARQUE COM UM “X”**

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	CÓLICAS	DOR DE DENTE
DIABETE	ASMA	ERUPÇÕES CUTÂNEAS
DESMAIOS	BRONQUITE	SONAMBULISMO
NECESSITA INJEÇÕES	DOR DE CABEÇA	CONVULSÕES
NECESSITA SORO REFRIGERADO	CORISA	OUTROS

**SE POSSUI LIMITAÇÕES E/OU INCAPACIDADES, RELACIONAL ABAIXO**

GRUPO SANGUÍNEO	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	

**AUTORIZAÇÃO :: Atividade**

Autorizo o menor registrado nesta ficha, pelo qual sou responsável, a participar do \_\_\_\_\_, promovido pelo Distrito Escoteiro de São Bernardo do Campo - Região de São Paulo, a realizar-se entre os dias \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_, incluindo viagens e deslocamentos, participação nas atividades e permissão para que o mesmo seja submetido a tratamento médico e intervenção cirúrgica, se necessário.

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.

Nome e Assinatura do Chefe de Seção

Nome e Assinatura do Chefe de Grupo